WIEDZA LEKARSKA



WARSZAWA

ROK I PAŹDZIERNIK 1927 ZESZYT I

ROK I WARSZAWA 1927 PAŹDZIERNIK ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

OD REDAKCJI.

Każde nowopowstające pismo ma tylko o tyle rację bytu, o ile wypełnia jakąś lukę w istniejącem już piśmiennictwie. Ufamy, że „Wiedzy Lekarskiej" taka właśnie rola przypadnie w udziale. Dążyć będziemy do osiągnięcia dwóch celów: jeden z nich, to uprzystępnienie i rozpowszechnienie francuskiej wiedzy lekarskiej, wytworzenie bliższego kontaktu z najnowszemi kierunkami i postępami francuskiej myśli lekarskiej. Cel drugi, niemniej dla nas drogi i ważny — to stworzenie skromnego chociażby zaczątka pisma sprawozdawczego, przeglądowego. Bliższe umotywowanie tych celów jest chyba zbędne; piśmiennictwo francuskie przed wojną było naogół mało znane wśród szerszego ogółu lekarzy; po odzyskaniu niepodległości rzecz ta uległa zasadniczej zmianie, lecz ostatnio znowu daje się zauważyć pewne zmniejszenie zainteresowania. Gdyby ten spadek zainteresowania miał nadal postępować, byłoby to oczywistą szkodą, chcemy mu więc w miarę sił przeciwdziałać. Potrzeba wydawania pisma przeglądowego jest również oczywista; nietylko bowiem nieznajomość języka lub koszta pieniężne stoją wielu lekarzom na przeszkodzie w pilniejszem śledzeniu postępów w obcem piśmiennictwie; największą jednak przeszkodą jest brak czasu

i wprost fizyczne niepodobieństwo czytania wszystkiego. Na zachodzie istnieje cały szereg pism streszczających ten lub inny dział literatury lekarskiej i umożliwiających szybką orjentację w postępach wiedzy. U nas takiego pisma brak; streszczenia umieszczane w naszych pismach fachowych w drobnej jeno mierze mogą te zadanie wypełnić. Zajmują one zwykle tylko skromne miejsce, ukazują się dość późno, brak im więc jednej z najważniejszych cech dobrego streszczenia — aktualności. Jest to zupełnie zrozumiałe, pisma te bowiem mają zupełnie inne cele i streszczenia traktować muszą jako rzecz drugorzędną.

Każde poczynanie jest zazwyczaj dalekie od doskonałości. Świadomi jesteśmy, że pierwsze nasze kroki nie będą pozbawione błędów i usterek; prosimy Szanownych Czytelników łaskawie je wybaczyć; nie będziemy szczędzili starań, aby pismo nasze w jaknajkrótszym czasie postawić na należytym poziomie. Wdzięczni będziemy za wszelkie nadsyłane nam uwagi. Ufamy mocno, że przy poparciu Szanownych Kolegów uda się nam stworzyć pismo dla szerszego ogółu lekarzy potrzebne i pożyteczne.



LEON BERARD
Profesor i kierownik ośrodka dla zwalczania raka w Lugdunie.

Czemu nie osiągamy więcej wyleczeń w nowotworach złośliwych?

W pracy ogłoszonej w czerwcu 1924 r. w „Monde médical“ pod tytułem: „*Jesteśmy obecnie w stanie wiele raków wyleczyć, lub zapobiedz ich powstawaniu*“ przedstawiłem obecnie nam znane warunki rozwoju guzów nowotworowych, podstawy zapobiegania ich powstawaniu, tudzież sposoby leczenia, jakiemi dziś rozporządzamy.

Oto ważniejsze wnioski powyższej pracy:

I. **Warunki rozwoju:** Guzy złośliwe, a zwłaszcza najczęstsze z pośród nich i najniebezpieczniejsze guzy pochodzenia nabłonkowego rozwijają się zwykle u osobników, którzy przekroczyli 40-ty rok życia. Napotykamy je częściej u syfilityków, co zwłaszcza dotyczy raków skóry, jamy ustnej, języka, gardzieli, krtani, przełyku, odbytnicy i pęcherza. Dość często powstają te guzy z brodawczaków lub brodawek po zadraśnięciu ich lub ścięciu brzytwą przy goleniu. Również częste podłoża stanowią dla nich stare, znajdujące się w stanie przewlekłego zapalenia, albo owrzodziałe blizny, kanały przetok, śluzówki w stanie zapalnym lub dotknięte łuszczycą (leukoplakja). Fakty powyższe zostały niedawno ponownie sprawdzone i przedstawione przez *A. Lumiere'a* w „Bulletin de l'Association Francaise pour l'étude du Cancer“ [1].

Z drugiej strony znane są prace *Jamachigà i Itschikawa'y* dotyczące raka smołowego, otrzymanego doświadczalnie u myszy za pomocą długotrwałego drażnienia skóry pędzlowaniem smołą. Również doświadczalnie udaje się wywołanie raka drogą długotrwałego zadziałania promieni X (*Clunet*) lub radu na powłoki skórne. Wszystkie te raki wraz z t. zw. rakiem radjologów należą do jednej i tej samej kategorji.

* * *

II **Zapobieganie rakowi** da się streścić w zasadach następujących:

A. Podstawowe zasady higjeny.

a) *Higjena ogólna; zwalczanie alkoholizmu,* wyskok bowiem drażni miejscowo i powoduje oprócz tego niedomogę najważniejszych obronnych narządów ustroju; *zwalczanie przymiotu,* gdyż kiła w postaci łuszczycy jamy ustnej stwarza podłoże dla raka i może być stwierdzona w wywiadach u większości chorych na raka jamy ustnej lub odbytnicy. Współczesne środki lecznicze bezwątpienia wpłyną na stopniowe złagodzenie przebiegu i zmniejszenie częstości występowania kiły, a co zatem idzie na zmniejszenie w przyszłości częstości niektórych raków jako to: raka warg, jamy ustnej, języka, gardzieli, krtani, przełyku, odbytnicy, prącia.

b) *Higjena powłok skórnych.* Należy chronić skórę przed wszelkiemi czynnikami mogącemi wywołać przewlekłe zadraźnienia i owrzodzenia, a zwłaszcza przed działaniem gazów żrących, lotnych produktów destylacji węgla (rak smołowy), przed niepotrzebnemi i długotrwałemi naświetlaniami (rak radjologów).

Małe guzki dobrotliwe, a również i wadliwe blizny należy szeroko wyciąć.

c) *Higjena jamy ustnej:* częste płukania, jeśli możliwe po każdym posiłku. Unikanie palenia, zwłaszcza fajki. Należyte leczenie, lub usunięcie zębów złamanych, lub dotkniętych próchnicą, gdyż wywołują one powstawanie nowotworów (epulis) i podtrzymują owrzodzenia języka o charakterze podejrzanym.

d) *Higjena wszystkich otworów ciała,* które powinny być utrzymywane w największej czystości. Leczenie nieżytów szyi macicy, nieżytów odbytnicy czy to powikłanych guzami krwawniczemi czy też nie; szersze stosowanie odjęcia części pochwo-

[1] A. Lumière. Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers épitheliaux.

wej w owrzodzeniach, nadżerkach i wywinięciach szyi.

e) *Higiena odżywiania;* unikanie zbyt gorących płynów i pokarmów, pokarmów ostrych, obfitujących w przyprawy korzenne, drażniące; pokarmów niestrawnych lub zepsutych, są to bowiem przyczyny zmian chorobowych śluzówek przełyku, żołądka i jelit (doświadczenie *Fibigera:* wywywołanie raka żołądka karmieniem szczurów karaluchami zakażonemi spiropterą). Higjena odżywiania posiada znaczenie pierwszorzędne; złe następstwa zaparcia nawykowego również nie mogą być zbyt dosadnie podkreślone.

B. *Okresowa kontrola lekarska wszystkich, nawet napozór zdrowych osobników, którzy przekroczyli 40-ty rok życia.*

Należy wreszcie zwalczyć fałszywy wstyd, lekkomyślność czy próżny stoicyzm chorych, skłaniający ich do lekceważenia niekiedy przez długie lata w nadziei wyleczenia samoistnego schorzeń początkowo nikłych i mało bolesnych, z biegiem czasu jednak stających się coraz więcej dokuczliwemi.

Każdy z klinicystów mógłby przytoczyć setki przykładów usadowiania się raka na brodawkach starczych; nabłoniaków na bliznach po oparzeniu lub wilku; zwyrodnienia rakowatego gruczolaków sutka, powstawania raka macicy lub odbytnicy na tle zastarzałych nieżytów i zaniedbywania tej sprawy przez miesiące, a niekiedy przez lata całe przez nieszczęsnych chorych wstydzących się swego stanu, lub obawiających się poddania się operacji, czy wreszcie zupełnie obojętnych na swój stan zdrowia. Zdarza się to nawet i wśród rodzin lekarskich.

* * *

III. Możliwości leczenia. Ani czynnik wywołujący, ani leczenie swoiste raka nie są nam jeszcze znane. Miedź, selenjum, arszenik, magnez, bizmut, chinina, kondurango, surowice, szczepionki i t. d. podawane doustnie, podskórnie, czy dożylnie mogą służyć jako środki pomocnicze, polepszające ogólny stan chorego i pobudzające siły obronne ustroju. Jednakże ja osobiście przynajmniej nie spostrzegałem ani jednego przypadku wyleczenia, osiągniętego przez stosowanie jedynie tych środków. Jeżeli więc chcemy wyleczyć chorego na raka w okresie gdy wyleczenie wogóle jeszcze jest możliwe, nie powinniśmy nigdy ani polecać, ani stosować wyłącznie tych środków przy jednoczesnem zaniechaniu innych, więcej skutecznych, sposobów leczenia, któremi rozporządzamy. Byłoby to tylko stratą drogocennego czasu, sprawa stała by się nieuleczalną.

Obecnie jesteśmy w stanie osiągnąć wyleczenie raka jedynie w okresie początkowym, gdy sprawa jest jeszcze umiejscowiona i gdy możemy doraźnie zniszczyć wszystkie elementy nowotworowe.

Wychodząc z tych założeń Liga Francusko-Angielsko-Amerykańska dla zwalczania raka wydała w postaci ulotki propagandowej następujące wskazówki:

Rak jest chorobą uleczalną, lecz jedynie w początkowym okresie.

Trzeba więc baczyć na pierwsze jego objawy.

Podejrzenie pod tym względem powinny wzbudzać:

Niebolesne stwardnienia sutka;

Uporczywe owrzodzenia warg i języka;

Drobne guzy skórne, wykazujące skłonność do powiększania się i wytwarzania owrzodzeń;

Uporczywe zaburzenia trawienne, zwłaszcza gdy towarzyszy im wychudnięcie:

Występywanie zaparcia nawykowego po 40-tym roku życia;

Wszelkie krwawienia nieprawidłowe.

Zasięgnijcie porady lekarza. Poddajcie się szczegółowemu badaniu. Nie zwlekajcie, bo będzie zapóźno.

Najpewniejsze sposoby wyleczenia raka należą do chirurgji lub też posługują się czynnikami fizycznemi: promieniami X lub radem.

Różnica pomiędzy nożem, a energją promienną polega na tem, że ta ostatnia posiada właściwość wybiórczego działania na komórkę nowotworową i oszczędza sąsiednie tkanki prawidłowe, co umożliwia sprowadzenie do minimum niepotrzebnych strat tkankowych. Podkreślić jednak należy, że czynniki fizyczne wymagają bardzo ostrożnego i umiejętnego stosowania; lampa rentgenowska czy kilka cewek z radem, wypożyczone dla danej okazji, nie stanowią, jak to jeszcze wielu sądzi, wystarczającego wyposażenia do zwalczenia raka.

Ileż małych nabłoniaków skóry i śluzówek, ileż początkowych raków szyi macicy leczonych w ten sposób przez przygodnych radjologów stało się w krótkim czasie nieuleczalne.

Ażeby umożliwić jaknajwcześniejsze zastosowanie odpowiedniego leczenia należy przedewszystkiem *jaknajrychlej ustalić rozpoznanie, co zazwyczaj wymaga zbadania drobnowidzowego wycinka z guza, czyli biopsji.* Po ustaleniu rozpoznania niezwłocznie zapaść winna decyzja, co do wyboru odpowiedniego sposobu leczenia. W szczególności w nowotworach typu nabłonkowego nie należy czekać na potwierdzenie rozpoznania przez wystąpienie klasycznych objawów klinicznych; działać trzeba o wiele wcześniej, a więc przed zajęciem skóry w raku sutka, przed zajęciem gruczołów w raku powłok, a przed przejściem sprawy na narządy sąsiednie we wszystkich rakach wogóle. W okresie rozległego zajęcia gruczołów, a tem bardziej gdy istnieją przerzuty, zarówno rad, promienie X jak i nóż okazują się bezsilne, a niekiedy i niebezpieczne. O ile bowiem nie wszystkie komórki nowotworowe zostały zniszczone, to pozostałe pod wpływem zadrażnienia bujają ze wzmożoną siłą, szybciej wwędrowują i rozrastają się w odległych od pierwotnego ogniska narządach. Niedoszczętne leczenie może się stać dla sprawy nowotworowej owem przysłowiowem uderzeniem bicza, skracającem życie chorego, a niekiedy narażającem go na niewysłowione katusze.

Podobnie jak nóż, promienie X a także i rad powinny działać jednoczasowo t. j. w ciągu jednej serji ich stosowania. Długość serji waha się zależnie od przypadku i szybkości podziału komórkowego od kilku dni do najwyżej dwóch miesięcy. Po upływie tego ostatniego terminu komórki nowotworowe, które wymknęły się niszczącej sile pierwszych naświetlań stają się coraz więcej i więcej odporne, podczas gdy komórki prawidłowe otaczających tkanek wykazują coraz wzmagającą się wrażliwość na działanie niszczące energji promiennej. Chirurg jeszcze niekiedy zdoła usunąć podczas wtórnego zabiegu, wykonanego w pół roku, rok lub nawet później po pierwszej operacji guzy nowotworowe niezauważone poprzednio, lub powstałe na nowo. Natomiast radjolog, jak i curieterapeuta zwykle są bezsilni wobec wznowy lub przerzutów, którym oni nie mogli, lub nie umieli zapobiec podczas pierwszej serji naświetlań.

Po bardzo licznych i różnorodnych próbach leczniczych (betaterapja, naświetlenie powierzchowne bez filtru, lub głębokie spotęgowane) przekonano się, iż gruczoły zajęte przez nowotwory nabłonkowego pochodzenia, a zwłaszcza gruczoły szyi w raku skóry lub śluzówek twarzy z chwilą gdy osiągną większe rozmiary, a o wiele wcześniej nim wystąpi ów znany obraz pasm powiększonych gruczołów ciągnących się od ogniska pierwotnego, są prawie zawsze już zupełnie odporne na działanie czynników fizycznych jako, to promieni X, radu, djatermji, bez względu na dawkowanie i technikę stosowania możliwe przy użyciu nowoczesnych przyrządów.

Również i raki płuca, wątroby, trzustki jak wogóle *wszystkie raki powstałe z komórek pochodzących z listka endodermalnego* (żołądek, jelita wraz z odbytnicą, jajnik, trzon macicy, nerka) są mało wrażliwe albo zgoła odporne na działanie energji promiennej w tej postaci i dawkach, w jakich umiemy ją obecnie stosować[1].

Ponieważ te endodermalne raki dotychczas również nie mogą być wyleczone zapomocą środków wewnętrznych, więc aż do nowych odkryć *jedynie chirurg może i powinien je jaknajwcześniej usunąć* zapomocą rozległych wycięć żołądka, jelit, wycięcia nerki, doszczętnej histerektomji z usunięciem gruczołów i t. d. A nawet, gdy wobec daleko posuniętego nacieczenia nowotworowego usunięcie doszczętne guza staje się niemożliwe, to znowuż tylko chirurg może przedłużyć tym chorym życie na miesiące a niekiedy nawet na lata całe zapomocą odpowiednich zabiegów: (nałożenie przetoki żołądkowej, zespolenie żołądkowojelitowe lub jelitowo - jelitowe z wyłączeniem chorej pętli lub bez, nałożenie odbytu sztucznego, przetoki pęcherzowej nadłonowej i t. d.).

Odwrotnie w niektórych rakach nieoperacyjnych jak rak szyi macicy, a niekiedy rak sutka zapomocą czynników fizycznych można osiągnąć mniej lub więcej długotrwałe zmniejszenie bólów, przedłużenie życia niekiedy na kilka lat, a w razach wyjątkowych nawet wyleczenie zupełne.

Jest więc rzeczą bardzo ważną, *aby każden lekarz wiedział, jakie nowotwory*

[1] Potwierdzenie słuszności podziału nowotworów, podanego przez ś. p. prof. Hornowskiego (przyp. Red.).

mogą być leczone promieniami X. lub radem, a jakie do tego leczenia się nie nadają. Raki skóry i śluzówek pochodzenia ektodermalnego, raki jamy ustnej, gardzieli, języka, strun głosowych, pochwy, części pochwowej, odbytu, a również niektóre raki pęcherza i gruczołu krokowego należą do guzów najłatwiej poddających się leczeniu energją promienną. Nowotwory te, o ile leczenie było zaczęte wczas, jeszcze przed okresem wyczuwalnych gruczołów, mogą dać wcale pokaźny odsetek wyleczeń zupełnych. W raku wszystkich bez wyjątku narządów należy przyjąć jako zasadę konieczność operacyjnego usuwania gruczołów zrakowaciałych w pobliżu pierwotnego ogniska, o ile oczywiście są one dosięgalne dla noża.

Raki jądra i chłonkomięsaki są bardzo wrażliwe na działanie energji promiennej, a zwłaszcza promieni X, naogół jednak wykazują tylko przejściowe polepszenie. W raku jądra, wszystko jedno, czy zostało ono usunięte przez chirurga czy nie, widzimy zwykle, jak olbrzymie gruczoły okoliczne wprost topnieją w oczach pod wpływem naświetlań, jednak zrzadka tylko się zdarza, ażeby przerzuty nie sprowadziły zejścia śmiertelnego w rok czy półtora później. To samo fatalne zejście napotykamy w chłoniakomięsakach po uprzedniem szybkiem, lecz zawodnem zmniejszeniu się guzów. Co się tyczy mięsaków części miękkich, to wznowy, aczkolwiek ciągle jeszcze zbyt liczne, są jednak mniej stałe. Z pośród kostnomięsaków postacie okrągłokomórkowe i szpikowe są najwięcej wrażliwe, lecz dają one prawie niezawodnie śmiertelne przerzuty pomimo wszelkich usiłowań leczniczych; jednakże niektóre nowsze amerykańskie zestawienia są nieco więcej pocieszające.

Co się tyczy wyboru pomiędzy leczeniem radem a mniej lub więcej głębokiemi naświetlaniami promieniami X, oraz posługiwaniem się cienkiemi, czy grubemi filtrami, to tylko wytrawny specjalista może rostrzygać na korzyść tego lub owego sposobu. Obecnie zaznacza się tendencja do leczenia powierzchownem naświetlaniem promieniami X niefiltrowanemi lub małofiltrowanemi owrzodzeń nowotworowych skóry, które zresztą naogół łatwo wyleczyć przy zastosowaniu energji promiennej we wszelkiej postaci. Naświetlania głębokie stosowane są w leczeniu raków gardzieli i krtani, raków szyi macicy, raków pęcherza i gruczołu krokowego, jak również i zrakowaciałych gruczołów, o ile rozmiary ich są niewielkie.

Rad stosowany w sporych dawkach bądź powierzchniowo, bądź w postaci igieł wkłutych w nowotwór, rozmieszczony wprawnie i starannie przefiltrowany zgodnie z techniką podaną przez *Regaud*[1] nadaje się szczególnie do leczenia raka śluzówki szyi macicy, raków jamy ustnej, policzków, języka, gardzieli i krtani. Nowotworowo zmienione gruczoły o ile są nie duże (choć mogą być już wyczuwalne) mogą być leczone radem, lecz pod warunkiem stosowania dużych plastycznych aparatów zawierających przeciętnie 20, 30 lub 40 rurek. W każdej rurce znajduje się $1/2$—1 centygramu radjum elementu. Aparat taki pozostaje na miejscu od ośmiu do piętnastu dni. Ostatnio polecają posługiwanie się do tych powierzchownych naświetlań bardzo dużą ilością radu wynoszącą gram, dwa i więcej i umieszczoną w jednem ognisku na odpowiedniej od nowotworu odległości, tak że wszystkie jego części są równomiernie naświetlane.

Słabą stroną tych metod posługujących się bądź olbrzymiemi aparatami rentgenowskiemi, bądź też złożonemi przyrządadami do stosowania radu jest kosztowność instalacji i trudności napotykane w odpowiedniem ich stosowaniu. Z tego też powodu metody powyższe powinny być skoncentrowane w ośrodkach leczniczych, z natury rzeczy dość nielicznych. Tam interniści, chirurgowie, radjologowie, biologowie i anatomopatologowie mogą zjednoczyć swe wysiłki w celu dokładnego tak klinicznie jak i histologicznie ustalenia rozpoznania, co jedynie umożliwia zastosowanie rychłego i logicznie uzasadnionego sposobu leczenia.

* * *

O ile leczenie mogło być rozpoczęte w pierwszym okresie raka, a więc przed zajęciem okolicznych gruczołów i o ile zastosowano rozważnie bądź leczenie chirurgiczne, bądź leczenie energją promienną zgodnie z wyżej wyłuszczonemi zasadami, *odsetek wyzdrowień trwających powyżej trzech lat może wynieść:*

[1] Regaud. Traitement des épithéliomes épidermoïdes par les radiations (Journ. de Radiologie 1923, lipiec i rozprawa Lessertisseur'a Paryż 1924.

1. 80% w rakach skóry, czy to po rozległych wycięciach (*Berard*), czy po zastosowaniu promieni X lub radu (*Regaud*[2] *Coste*[3]. Zaletą tych ostatnich metod jest to, że po nich nie pozostają wcale, lub pozostają tylko drobne blizny. O ile gruczoły są wyczuwalne należy je usunąć operacyjnie, a o ile nie były one stwierdzone podczas pierwszego zabiegu należy zawsze trzymać chorych pod kontrolą w celu uchwycenia ewentualnej wznowy gruczołowej.

2. Od 60 do 70% w rakach macicy leczonych operacyjnie (histerektomja rozszerzona *Wertheim'a* (*Faure, Polosson*)[3] lub też promieniami X, lub radem, albo też leczonych kombinacją tych dwuch metod. (*Regaud, Wintz*)[4].

3. Od 35 do 45% w rakach sutka po rozległem wycięciu sutka i usunięciu gruczołów pachowych (*Forgue*[5], *Walter*, bracia *Mayo, Berard*).

4. Od 30 do 35% w rakach żołądka po pylorogastrektomji (*Hartmann*)[6].

Wszystkie te wyleczenia nie utrzymywują się bez wątpienia na dłuższą metę w całej swej rozciągłości, ponieważ przy ponownych zestawieniach statystycznych późne wznowy po pięciu latach wynoszą jeszcze około trzeciej części chorych, ale dotyczy to prawie zawsze guzów z już stwierdzalnem podczas operacji zajęciem gruczołów.

Dopiero dalsze spostrzeżenia pozwoliłyby nam na dokonanie wyboru pomiędzy metodami chirurgicznemi, a stosowaniem energji promiennej, w przypadkach gdzie można się posługiwać obydwoma temi sposobami. Na razie uważamy że *nóż jest odpowiedniejszy w rakach skóry zrastających się z poniżej leżącemi kośćmi lub chrząstkami* (twarz i małżowina) *i we wszystkich rakach sutka, bez względu czy gruczoły pachowe są zajęte, czy nie*. Zupełnie niesłusznie *Chambacher i Rieder* opierając się na zbyt nielicznych, zbyt niedawnych i niewystarczająco skontrolowanych przypadkach zalecają stosowanie głębokiej radjoterapji we wszystkich rakach sutka. Tylko w okołosutkowych nacieczeniach i guzkach skórnych promienie X lub rad mogą mieć zastososowanie, czy to w celach wyłącznie leczniczych, czy też celem umożliwienia późniejszego zabiegu operacyjnego[7].

Czemu tyle niepowodzeń?

Lecz nie wahanie w wyborze pomiędzy różnorodnemi metodami leczniczemi wpływa ujemnie na całokształt uzyskanych wyników. Dotyczy to zwłaszcza wyników zerejestrowanych w Ośrodkach dla walki z rakiem od początku ich istnienia.

Oto wnioski, które mogliśmy wyciągnąć z naszych spostrzeżeń w Ośrodku Lugduńskim od początku roku 1924.

Pozostawiamy na stronie przedewszystkiem wszystkie przypadki nieuleczalne, przypadki charłactwa, które zostały skierowane do nas w celu uzyskania ostatecznej ulgi, podczas gdy zgodnie z powszechnem przekonaniem nic już dla nich nie można było uczynić; są to przypadki olbrzymich przeżerających raków twarzy z zajęciem żuchwy, a niekiedy oczodołu i podstawy czaszki; przypadki raków języka lub gardzieli wrastających w kościec z olbrzymim blokiem gruczołów ciągnących się od wyrostka sutkowego do obojczyka i od skóry do kręgosłupa; przypadki raka sutka z nacieczeniem skóry „en cuirasse;" przypadki raka żołądka z dużą wątrobą i wodobrzuszem; przypadki raka części pochwowej z zajęciem pochwy, dna pęcherza, odbytnicy, więzadeł szerokich i całej tkanki luźnej miednicy. Prawie zawsze chorzy ci przez dłuższy lub krótszy okres czasu byli leczeni, niekiedy rozsądnie, niekiedy nieodpowiednio; niekiedy znowuż zwlekano zbyt długo z rozpoczęciem należytego leczenia. Pod tym względem nie mogę zbyt usilnie podkreślić niebezpieczeństwa t. zw. próbnego leczenia swoistego w schorzeniach języka, jamy ustnej, odbytnicy lub prącia. Trwa ono niekiedy tygodnie, *podczas gdy należało odrazu wykonać biopsję, która jedynie może odrazu ustalić rozpoznanie*.

Po odrzuceniu tych umierających, którzy jednak wynoszą powyżej 30% naszych chorych i co do których zwykła ludzkość wyma-

[2] Coste. Patrz rozprawę Girel'a, „Traitement des épithéliomas cutanées par Radiotherapie à feu nu Lyon 1926.

[3] I. L. Faure Le cancer d'uterus 925.

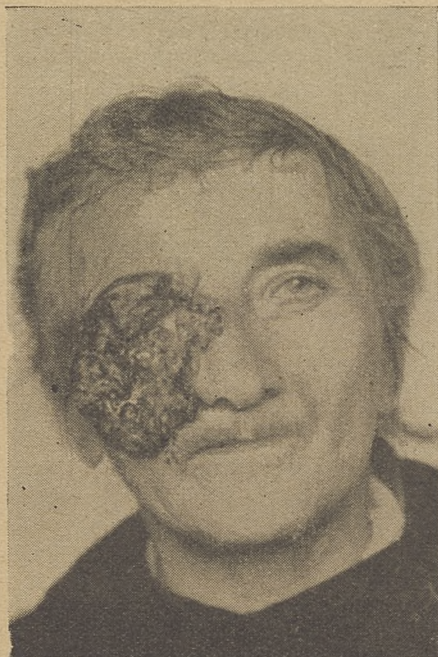
[4] Regaud Doniesienie na Zjeździe T-wa międzynarodowego w Rzymie w 1926 r.

[5] Forgue Doniesienie na Zjeździe Stowarzyszenia chirurgów francuskich w Sztrassburgu w 1922 r.

[6] Hartmann Doniesienie w Akademji Lekarskiej 1926 r.

[7] Chambacher i Rieder Presse médicale 30 grudnia 1925 i styczeń 1926 roku.

gałaby leczenia ich w domu ogólnie używanemi narkotykami zamiast narażenia ich na trudy zgoła niepotrzebnej podróży, *pozostaje nam jednak jeszcze przeszło 50% u których wyleczenie jest nieosiągalne,* gdyż przybyli oni zapóźno. Aczkolwiek z pośród tych nieszczęśliwych większość sama jest winna tej zwłoce, to jednak około 30% tych chorych już podlegało nieumiejętnemu leczeniu naświetlaniem lub niedoszczętnemu



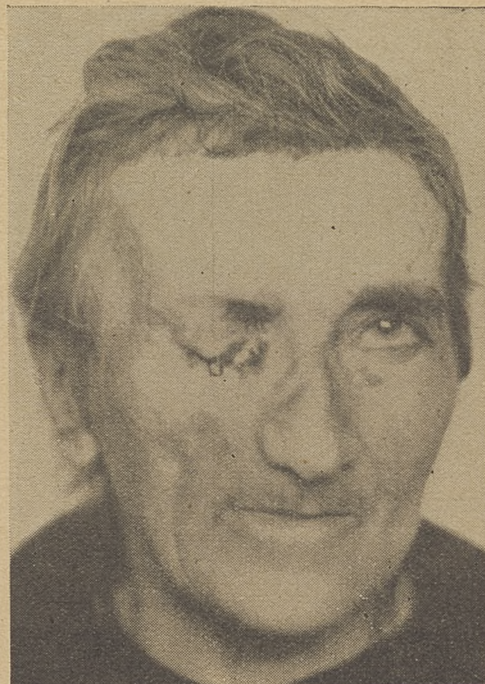
Rys. 1.

Olbrzymi rozpadający się rak płaski twarzy, istniejący przeszło dziesięć lat, z zajęciem obydwóch powiek i oczodołu.

(zwłaszcza w odniesieniu do gruczołów) zabiegowi operacyjnemu. Przeszło połowa raków skórnych spostrzeganych przez nas w tych smutnych warunkach umiera przed upływem roku. Wielu wieśniaków, lecz również i mieszkańców miasta, posiadających brodawkę, guzek owrzodziały na twarzy i t. d. nie zwracają nań uwagi i udają się do lekarza dopiero wtedy, gdy zaczynają odczuwać pewne utrudnienie w ruchach warg lub powiek.

Chora, którą widzimy na załączonej fotografji (rys. 1 i 2) od wielu lat cierpiała na olbrzymi płaski rozpadający się rak z zajęciem całego policzka, skrzydła nosa i powiek, lecz szczęśliwie oszczędzający kościec i dzięki temu mogła być wyleczona za pomocą zewnętrznego zastosowania radu. Obecnie zabliźnienie jest osiągnięte; jednakowoż cienkie i kruche powłoki wzbudzają obawy powstania owrzodzeń troficznych, możliwego rozsiania nowotworowego, a zwłaszcza późnej martwicy radowej poniżej leżących kości.

To samo można powiedzieć i o rakach tarczycy. Tu wina spada przeważnie na



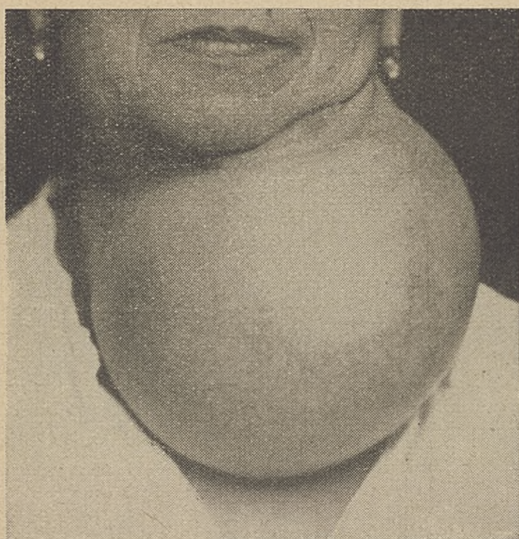
Rys. 2.

Zabliźnienie w sześć miesięcy po zastosowaniu radu

chorych, lecz również i na niektórych lekarzy, uważających operacyjne usunięcie wola za zabieg zgoła niepotrzebny i niebezpieczny (śmiertelność wynosi poniżej 1%) i widocznie niewiedzących, że prawie wszystkie, żeby nie powiedzieć wszystkie bez wyjątku, raki tarczycowe powstają w już istniejącem wolu (rys. 3 i 4).

Chora, której fotografję załączamy nie pochodziła gdzieś z głębi obfitujących w wole okolic Francji; całe swe życie spędziła ona w Lugdunie. Przeszło trzydzieści lat miała ona to olbrzymie wole i nie mogła się zdecydować na zabieg operacyjny, aż dopiero raptowne zwiększenie objętości guza wywołało zaburzenia mowy i poły-

kania oraz bóle szyi .i kończyny górnej. Szczęściem dla chorej było to spowodowane, jak stwierdziliśmy, wykrwieniem



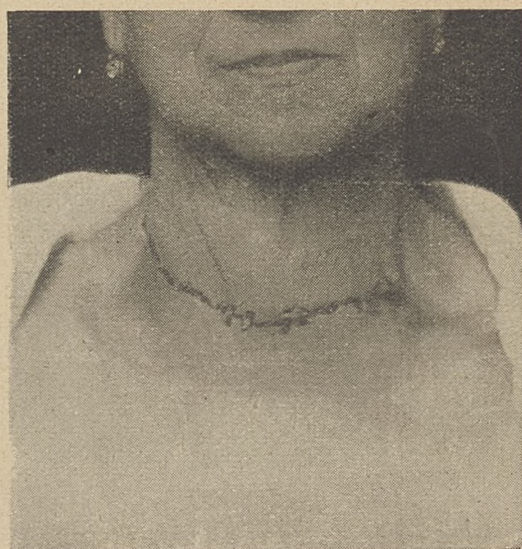
Rys. 3.
Olbrzymie torbielowate wole istniejące trzydzieści lat. Raki tarczycy rozwijają się właśnie najczęściej w dawno istniejących wolach.



Rys. 5.
Owrzodzenie rakowate przedniej połowy języka, powstałe na podłożu leukoplakji.

do torbieli w wolu, lecz jednak nie przysięglibyśmy, czy w całym miąższu guza niebyło nigdzie żadnego zwyrodnienia złośliwego i czy wkrótce nie powstanie wznowa w głębokich tkankach szyi.

U trzeciego chorego, którego fotografję podajemy (rys. 5 i 6) przednia połowa języka była zajęta owrzodzeniem nowo-



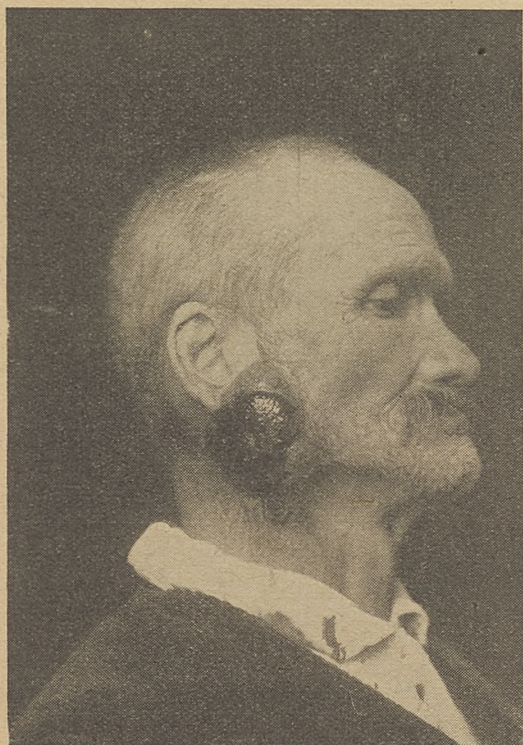
Rys. 4.
Zagojenie przez rychłozrost w dziesięć dni po operacji



Rys. 6.
Wyzdrowienie utrzymujące się osiemnaście miesięcy po odjęciu języka wycięciu, gruczołów szyjnych i zastosowaniu zewnętrznem radu.

tworowem powstałem na podłożu dawnej łuszczycy języka (leukoplakja). Z chwilą gdy rozwinęło się owrzodzenie chory czekał najsamprzód kilka tygodni, aż zjawiły się jeszcze trudności przy je-

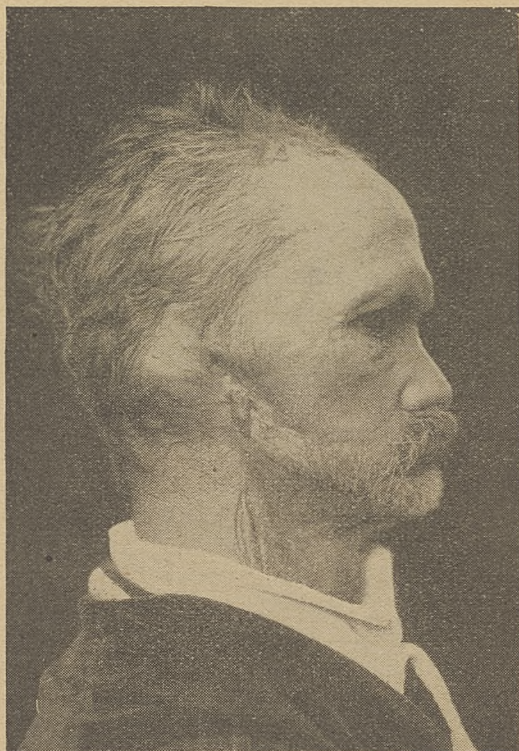
dzeniu, dopiero wtedy udał się do lekarza, który, ponieważ chodziło tu o syfilityka, zaordynował przedewszystkiem próbną kurację swoistą. W chwili gdy chory zjawił, się w Ośrodku dla walki z rakiem gruczoły podżuchwowe i szyjne były



Rys. 7.
Rozpadający się rak okolicy przyusznej z zajęciem małżowiny. Jest to wznowa w bliźnie pooperacyjnej po usunięciu raka skórnego tej okolicy. Wyleczenie po pierwszym zabiegu trwało rok.

zajęte i trzeba było wykonać częściowe odjęcie języka z usunięciem wszystkich gruczołów od podstawy czaszki aż do obojczyka z wycięciem mięśnia mostkowosutkowoobojczykowego i żyły szyjowej głębokiem *(Dunel)*. Zastosowanie następcze radu w plastycznym aparacie — mulażu na szyję zniszczyło bezwątpienia pozostałe komórki nowotworowe w naczyniach chłonnych, ponieważ wyleczenie utrzymuje się już przeszło osiemnaście miesięcy. Chory przytył, nie ma żadnych bólów, mówi wyraźnie i przyjmuje pokarmy bez żadnych trudności. Jest to bardzo pomyślny wynik, gdyż zazwyczaj z chwilą gdy gruczoły szyji są tak rozlegle zajęte, pomimo operacji i stosowania naświetlań sprawa chorobowa toczy się niepowstrzymanie dalej aż do fatalnego swego końca.

Z podobnym niedbalstwem spotykamy się u czwartego chorego (rys. 7 i 8). Chory ten miał nieduży guz przyusznicy i był u nas operowany, a mianowicie zostało



Rys. 8.
W celu wyleczenia tego nawrotu okazało się niezbędne opróżnienie łożyska przyusznicy, oczywiście z poświęceniem nerwu twarzowego i odjęciem małżowiny. Wyleczenie operacyjne po trzech miesiącach.

wykonane częściowe wycięcie przyusznicy, poczem zastosowano maskę z radem w ciągu 6 dni (43,2 millicurie). Został on wypisany z zastrzeżeniem, aby co pewien czas pokazywał się, żeby można było uchwycić ewentualne powstawanie nawrotu. Zjawił się jednak dopiero po dwudziestu miesiącach z rozpadającym się guzem w okolicy przyusznicy, zajmującym małżowinę i całe łożysko ślinianki przyusznej, co zmusiło nas do wykonania bardzo rozległej operacji, odjęcia małżowiny, opróżnienia całkowitego łożyska przyusznicowego. I w tym przypadku otrzymaliśmy wyleczenie doraźne, lecz kto wie, na jak długo?

Moglibyśmy przytoczyć jeszcze więcej takich przykładów, lecz i powyższe wy-

starczą, aby uwidocznić, jaki postęp musi być osiągnięty drogą pouczenia ludności, a również i w stosowaniu leczenia w okresie początkowym nowotworów, aby obecnie rozporządzalne metody lecznicze okazały się istotnie skuteczne i wystarczalne.

* * *

Gdy chorzy będą więcej dbali o swe zdrowie, gdy ludzie w pewnym wieku, nawet pozornie zupełnie zdrowi będą zgłaszali się okresowo do swego lekarza, tak jak się już zgłaszają do swego dentysty i gdy lekarz podda ich dokładnemu i wszechstronnemu zbadaniu, ze szczegółowem uwzględnieniem wszystkich okolic szczególnie często nawiedzanych przez rak (powłoki, jama ustna, przewód pokarmowy, narządy płciowe, sutek i t. d.), gdy wziernikowanie i badanie palcem jamy ustnogardzielowej, badanie ginekologiczne i badanie palcem odbytnicy będą uważane za nieodzowną część owego badania; gdy lekarz w obliczu zmian podejrzanych zarządzi raczej biopsję niż próbne leczenie swoiste i gdy wreszcie bez niepotrzebnej zwłoki będzie on kierował wszystkie podejrzane przypadki do wytrawnych klinicystów, chirurgów, internistów i radjologów, wtedy dopiero liczba chorych na raka zacznie się zmniejszać, albowiem wiele zmian „przedrakowych" uda się wyleczyć. W razie obecności już zmian rakowych można je będzie zaatakować z szansami zwycięstwa zupełnego tak wielkiemi, że wywołałyby one podziw tak chorych jak i lekarzy.

Tylko w ten sposób należy pojmować walkę z rakiem — jako akcję wczesną i energiczną. Na zakończenie powtarzam, co powiedziałem na początku: nie posiadamy jeszcze swoistego środka przeciw rakowi. Rozporządzamy jedynie środkami mechanicznemi i fizykalnemi miejscowo niszczącemi komórki nowotworowe. Środki te są starannie zgrupowane w Ośrodkach dla walki z rakiem w dużych miastach uniwersyteckich Francji, gdzie też osiągnięto czynną współpracę odpowiednich powag. Zdobyto się na duży wysiłek tak w sensie pieniężnym, jak i naukowym, nie trzeba aby on poszedł na marne i żeby nadal uważano Ośrodki dla walki z rakiem czy to za miejsca cudotwórcze, czy też za ostateczne schroniska, dokąd przybywają konający, aby wśród cierpień i okropności zakończyć swój żywot.

Ośrodki dla walki z rakiem mogą jednak podjąć pewne dzieło miłosierdzia: mogą one mianowicie pośredniczyć pomiędzy tymi niekiedy przez wszystkich opuszczonymi chorymi, a przytułkami dla nieuleczalnych, gdzie mogliby oni znaleźć przyjęcie. Najstarszy, a jednocześnie najdoskonalszy przykład tych instytucji dobroczynnych istnieje w Lugdunie w postaci Zakładów Kalwarji dla kobiet i Zakładów Św. Krzyża dla mężczyzn.



S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Znaczenie praktyczne syntaliny w leczeniu cukrzycy. H. Chabanier i M. Lebert. *La presse médicale nr. 44, 1927.*

Autorowie przeprowadzili u 27 chorych na cukrzycę leczenie zapomocą syntaliny. Środek ten podany w roku ubiegłym przez *Franka, Nothmanna i Wagnera* jest pochodnym guanidyny i posiada właściwość obniżania zwierciadła cukru we krwi, oraz usuwania cukru z moczu podobnie jak insulina, najważniejszą dodatnią cechą tego preparatu jest możność stosowania doustnie wewnątrz.

Autorowie stosowali syntalinę w 7 przypadkach cukrzycy ciężkiej bez śpiączki (działanie syntaliny jest zbyt powolne, by— można było stosować ją przeciw śpiączce); w szczególności zaś bądźto naprzemian z insuliną, bądź też równocześnie. Wyniki były *niekorzystne.* Syntalina w małych dawkach prawie nie działała, w większych (10—15 centigr.) wywoływała zawroty, wymioty, biegunki, osłabienie itd. tak, że leczenie musiano przerwać i przejść do podania samej insuliny, której działanie było niezawodne. W przypadkach łagodnej cukrzycy wpływ syntaliny był nieznaczny na wydzielanie cukru. Większe dawki syntaliny wywoływały opisane powyżej niekorzystne objawy towarzyszące. Podnieść należy, że leczenie syntaliną wpływa w sposób wybitny na obniżenie łaknienia, co wywołuje spadek wagi chorych.

Autorowie przytaczają ogłoszone dotychczas prace z literatury niemieckiej, donoszące o podobnych wynikach. Stąd wnioskować można, że syntalina obniża wprawdzie cukier we krwi, działanie jej jednak jest dość słabe; objawy uboczne, które syntalina wywołuje, czynią środek ten nieodpowiednim do szerszego stosowania go w obecnej jego postaci.

Dalsze prace w tym kierunku są niezbędne.

Z. Gorecki.

Odczulenie chorych na dychawicę oskrzelową zapomocą lekkich wstrząsów anafilaktycznych. Włodzimierz Sponjetch. *Presse médicale nr. 44, 1927.*

Wobec korzystnych wyników, jakie uzyskano w dychawicy oskrzelowej metodą odczulania — autor przystąpił do stosowania powyższego sposobu leczenia u 13 chorych w klinice lekarskiej Uniw. w Beogradzie *(prof. Radosawlewicz)* Postępowanie jego było następujące: jako środka uczulającego i wywołacza anafilaktycznego napadu użyto surowicę przeciwbłoniczą Behringa. Zapomocą reakcji skórnej przekonywano się, czy niema uczulenia; skoro próba ta dała wynik ujemny, uczulano chorego zapomocą podskórnego wstrzyknięcia 0.25-0.50 ccm surowicy. Jeśli ten zabieg nie dał odczynu, wprowadzano na drugi dzień 2.5-—5.0 ccm tej samej surowicy. Powyższe postępowanie uczulajace dawało odczyn zazwyczaj po upły-5-12 dni. Chodzi tu o odczyn miejscowy pod postacią zaczerwienienia skóry, obrzęku i bólu. Rzadziej odczyn występował w kilka godzin po wstrzyknięciu. Jeśli zaś ustrój był już uprzednio uczulony — występowała ogólna reakcja (wstrząs): bóle głowy, stawów, wykwity skórne i t. p. Niekiedy odczynu wogóle nie było.

Po tem przygotowaniu chorego (uczuleniu) przystępowano do leczenia tj. wywoływano słabe wstrząsy wprowadzając podskórnie 0.5-1.0 surowicy raz na tydzień w przeciągu 2—3 miesięcy.

Wyniki otrzymane były naogół bardzo korzystne. Już po paru wstrzyknięciach napady dychawicy oskrzelowej, ustępowały całkowicie, względnie pojawiały się w znacznie słabszej postaci. Korzystny wynik utrzymywał się parę miesięcy w jednym przypadku do 11 miesięcy. W nielicznych przypadkach leczenie to pozostało bez skutku. Chodziło tu o chorych, u których odczyn był bardzo słaby lub zgoła nie występował, a przyczyny schorzenia upatrywać należało w polipach nosa i t. p.

Odpowiedni zabieg chirurgiczny usuwał napady dychawicy oskrzelowej potwierdzając przypuszczenia autora.

Z. Gorecki.

Nowsze prace francuskie nad przesączalnością virus gruźliczego i nad problemem dziedziczności gruźlicy. Leon Bernard i Nélis. *La presse médicale nr. 46 1927.*

Fontes w r. 1910 w Rio de Janeiro pracując nad ziarnistością Mucha, wpadł na myśl przesączyć rozcieńczoną ropę gruźliczą przez świecę Berkefeld'a i przesącz, pozbawiony w ten sposób całkowicie prątków gruźliczych, wstrzyknął śwince morskiej. Zabieg ten nie wywołał owrzodzenia, ale tylko obrzęk gruczołów. Śledziona tego zwierzęcia, zaszczepiona innej śwince morskiej wywołała jednak rozwój gruźlicy, całkiem charakterystyczny, jaki zazwyczaj widzimy po zakażeniu prątkami.

Odkrycie powyższe pozostało wówczas bez echa, dopiero w ostatnich latach powrócono do zapomnianego tematu i dziś zagadnienie przesączalności virus (nie prątka!) gruźliczego zajmuje umysły nietylko bakterjologów, ale ogół lekarzy, świadomych ważności, gruźlicy, jako schorzenia o ogromnem znaczeniu społecznem. Badania *Vandremera, Besancona, Handurocja, Durand'a* i in. nad zmiennością postaci prątka gruźliczego każe przypuszczać, że skoro wiadomy zarazek gruźlicy (prątek) może zmieniać swój wygląd i cechy (brak kwasood porności) — przeto możliwe jest też przejście prątka w postać przejściową, niewidzialną pod drobnowidem i przesączalną przez filtry, zatrzymujące najdrobniejsze nawet widzialne drobnoustroje.

Badania *Vallis'a* w pracowni *Calmett'ea* potwierdziły badania *Fontes'a*, a doświadczenia dość licznych już badaczy nie pozwalają wątpić, że ultra przesącz, uzyskany z jakiegokolwiek materjału (plwocina, ropa, mocz, narządy, hodowle itp.) zawierającego prątki gruźlicze, — przesącz ten wstrzyknięty śwince morskiej wywołuje zakażenie zwierzęcia wyrażające się obrzękiem gruczołów i charłactwem, bez typowych zmian gruźliczych, natomiast cierpliwe badania rozcierek narządów tego zwierzęcia pozwala na wykrycie bardzo nielicznych prątków gruźliczych, a wprowadzenie części narządów tego zwierzęcia innej śwince morskiej wywołuje tym razem typową gruźlicę. Wstrzyknięcie ultra-przesącza śwince morskiej wywołuje okres allergji oraz wrażliwość na tuberkulinę, jakkolwiek wrażliwość ta nie jest tak wybitna, jak po zakażeniu prątkami.

Powyższe badania mają niemałe znaczenie w nauce o dziedziczności gruźlicy. Autorowie podkreślają, iż we Francji pod tym względem panuje teza zakażenia pozapłodowego. Teza ta jest w pewnym stopniu zachwiana, gdyż staje się prawdopodobnem, że płód może być zakażony w łonie matki przez gruźlicę virus ultra — przesączalny, który, w przeciwieństwie do prątka gruźliczego, może przejść przez łożysko. Należy jednak podkreślić, że ten sposób zakażenia nie jest regułą, jeśli chodzi o dzieci gruźlicze, zrodzone z matki gruźliczej, gdyż opieka nad noworodkiem rozwinięta na szeroką skalę we Francji, daje imponujące wyniki. *Couvelaire* podaje, że w r. 1921—1923 śmiertelność na gruźlicę dzieci zrodzonych z matki gruźliczej wynosiła 33%, w latach 1923—1925 odsetek wynosił 13.2, w r. 1925 - 1926 odsetek śmiertelności—7.2. Natychmiastowe oddzielenie noworodka od matki chorej i odpowiednia opieka nad niem pozostaje nadal naczelnem zadaniem. Natomiast w zakażeniu ultra przesączalnym zarazkiem gruźlicy znajduje swe tłomaczenie pewna ilość śmierci u noworodków, zmarłych wśród objawów charłactwa i powiększonych gruczołów chłonnych, któryto obraz chorobowy przypomina żywo schorzenie świnki morskiej zakażonej ultra przesączalnym zarazkiem.

Z. Gorecki.

Mechanizmy powstania napadów epileptycznych (artykuł referatowy) Hartenberg. *La presse médicale 1927, nr. 45.*

Wpływ moczopędny wyciągu tylnego płatu przysadki mózgowej u człowieka. Kucharski. *La presse médicam. 1927 nr. 45.*

Praca ogłoszona w Pols. Arch. med. wewn.

Schorzenie gruczołów śródpiersia jest pierwszem umiejscowieniem się gruźlicy. A. Jousset. *Presse médicale nr. 50. 927.*

Parrot we Francji i *Conheim* w Niemczech ustalili zasadę, głoszącą, że wszelkie zmiany w gruczołach chłonnych powstają wskutek wtargnięcia zarazku od

ustroju w sąsiedztwie danych gruczołów. W odniesieniu do gruźlicy prawo to utrzymuje swe znaczenie do dziś dnia, poparte silnie przez *Küssa i d'Hutinel'a*, którzy zdołali wykazać, że w przeważnej części zakażeń gruźliczych, prątek gruźlicy wywołuje „ognisko pierwotne" (w analogji do kiły) w płucach poczem dopiero zajęte są gruczoły śródpiersia. O ile chodzi o gruźlicę płuc, powyższa teorja panuje prawie bezwzględnie w całym świecie lekarskim.

Autor (J.) idąc śladem *Marfana, de Comby'ego, Calmett'a* i in. jest zdania, że schorzenie gruźlicze gruczołów śródpiersia nie jest wtórnem, ale pierwotnem ogniskiem zakażenia gruźliczego, pierwszem miejscem usadowienia się prątków gruźliczych, o ile te ostatnie dostają się do ustroju; nawet drogą powietrzną. Powyższą tezę autor popiera szeregiem faktów. Przedewszystkiem powietrze w pęcherzykach płucnych jest zawsze jałowe w warunkach fizjologicznych. Gruczoły chłonne śródpiersia, jakkolwiek umieszczone wewnątrz klatki piersiowej, są jednak narażone na zakażenie, gdyż otrzymują one chłonkę nietylko z płuc, ale też posiadają one połączenie z przewodem piersiowym i tworzą przezeń rodzaj serca limfatycznego *(Weleminsky)*. Zarazek dojść może do gruczołów śródpiersia nietylko drogą naczyń chłonnych, ale też drogą krwionośną. Dane statystyczne sekcyjne przemawiają wyraźnie za krwionośną drogą zakażenia wobec częstości zajęcia wszystkich gruczołów, a nie tylko gruczołów śródpiersia. Prąd limfy płynie wprawdzie z płuc ku gruczołom śródpiersia, ale znamy liczne fakty przerzutów nowotworowych przeciw prądowi limfy, a staje się to zrozumiałem, gdy weźmiemy pod uwagę, że przy zajęciu gruczołów przejście przez nie limfy jest utrudnione i chłonka może niejako wylewać się z koryta, co nastąpić może tylko w tkance płucnej. Badania prom. Rentgena wykazują u dzieci bardzo często zajęcie gruczołów śródpiersia bez zajęcia tkanki płucnej, czyli bez ogniska pierwotnego. U dorosłych Senegalczyków (którzy nie znają gruźlicy) przez zakażenie gruźlicze w Europie występowała najczęściej postać gruczołowa gruźlicy, bez zajęcia tkanki płucnej, podobnie jak u dzieci *(Borrel, Brigner, Morenas)*; w tem ostrem schorzeniu chorzy odpluwali plwocinę nie zawierającą prątków gruźliczych.

Autor zapatruje się sceptycznie na dowody, jakie anatomja patologiczna dostarcza w związku ze sposobem zakażenia gruźliczego. Autor twierdzi, że wygląda to tak, jak gdybyśmy chcieli „na podstawie popiołu wnioskować o mechaniźmie, czasie powstania i sposobu rozprzestrzeniania się pożaru". Ani stosunek rozmiarów schorzenia tkanki płucnej i gruczołów, ani ich cechy (np. ropienie i zserowacenie) nie dają podstaw dostatecznych do osądzenia powyższej sprawy. Lecz i anatomja patologiczna wykazuje pewien odsetek gruźlicy, w którym prawo *Conheima' i Parrot'a* nie znajduje potwierdzenia. Podobnie przemawiają i fakty zebrane przez weterynarzy u bydła. Osobiste doświadczenie autora na około 6,000 świnek morskich przemawia też przeciw prawu *Parrota,* gdyż autor nie widział nigdy zmian płucnych bez równoczesnych zmian w gruczołach śródpiersia, natomiast często rzecz ma ta się przeciwnie.

Przy zakażeniu świnek morskich hodowlą gruźlicy drogą dosercową, otrzymujemy przejściową bacillemję, przyczem prątki znajdują się w płucach, niebawem jednak prątki z płuc znikają całkowicie, lub w znacznej części i usadawiają się przedewszystkiem w gruczołach. W szczegółowych doświadczeniach od 28 dnia po zakażeniu tylko gruczoły zawierały prątki, nie zawierały ich ani płuca ani krew.

O ile zatem możliwe jest zakażenie u ludzi drogą powietrzną, to autor nie wątpi, że prątki dostają się do ustroju w górnych drogach oddechowych tak, jak to widzimy przy grypie, płonicy lub odrze, poczem umiejscowiają się w gruczołach śródpiersia. Schorzenie gruźlicze płuc jest już sprawą późniejszą, następową.

Z. Gorecki.

Parę wyników leczniczych otrzymanych zapomocą nowego środka moczopędnego (rtęciowego) „440 B" Instytutu Pasteura. Pellissier, Schmidl, Jean. *La presse médicale Nr. 50, 1927.*

„440 B" wyrabiany przez Instytut Pasteura na wzór niemieckich środków moczopędnych, jest połączeniem rtęciowem, podobnie jak nowasurol i salyrgan. Autorowie stosowali „440B" w 8 przypadkach niedomogi mięśnia sercowego w 2 przyp. przewlekłego nieżytu oskrzeli z zatrzymaniem chlorku sodu, w 3 przyp. zmian wą-

trobowych z płynem w jamie otrzewnej oraz u jednego chorego na kiłę ze zmianami w nerkach i u chorego z płynem w jamie brzusznej i wysiękiem opłucnowym, na tle prawdopodobnie gruźliczem.

„440 B" wstrzykiwano zawsze śródmięśniowo w ilości 1·0 — 1·5 ccm. Stale spostrzegano wybitne moczenie. Chorzy, którzy przed wstrzyknięciem wydzielali poniżej litra moczu, po „440 B" oddawali 3 — 4 — 5 litrów na dobę. Ponieważ wzmożona diureza niebawem znika, by po paru dniach wystąpić znowu lecz w znacznie słabszym stopniu, przeto autorowie podają dodatkowo teobrominę w ilości 1·0 — 2·0 gr. raz dziennie, w okresie spadku diurezy. To postępowanie wzmaga znacznie drugi okres diurezy. Przeciwwskazaniem do wstrzykiwań „440 B" są zmiany w nerkach, i ostre sprawy chorobowe wsierdzia (gorączkowe). W tych wypadkach „440 B" wywołuje podwyższenie się znaczne ciepłoty ciała, a często śmierć. Autorowie podnoszą, że przy osłabieniu m. sercowego zastrzyknięcie „440 B„ i odwodnienie chorego stanowi bardzo korzystne przygotowanie chorego do leczenia środkami nasercowymi.

Z. Gorecki.

Leczenie angina pectoris zapomocą zniesienia odruchu wzmagającego parcie. Danielopolu. *Gazette des hôpitaux Nr 55, 927.*

Autor opisał w poprzednich pracach zespół objawów sercowo-naczyniowych natury wegetatywnej a mianowicie: podwyższenie parcia krwi, przyspieszenie czynności serca, wzmożenie skurczów serca, a niekiedy i skurcz naczyń wieńcowych serca, występujące przy napadach dusznicy bolesnej, jako odruch wzmagający parcie (réflexe presseur), i uzależnił powstanie tego zespołu, czyli napadu angina pectoris od czynników usposabiających i wywołujących. Czynnikami usposabiającemi są: zmiany naczyniowe w szczególności naczyń wieńcowych serca, zmiany w splocie nerwowym serca i tętnicy głównej (zwyrodnienie i nacieki) wzmożenie wrażliwości układu wegetatywnego (błędnowspółczulnego), nerwów czuciowych trzewnych i mózgowo-rdzeniowych, a może i niedorozwój naczyń nerkowych. Czynnikami wywołującemi są: czynniki wzmagające pracę serca (np. wysiłek) oraz skurcz naczyń wieńcowych.

Ponieważ w chwili obecnej nie umiemy leczyć zmian anatomicznych, przeto wysiłki autora zmierzają do usunięcia, zniesienia odruchu opisanego powyżej. W tym celu autor proponuje następujący zabieg: rezekcję nerwu współczulnego (bez zwoju szyjowego niższego), przecięcie gałązek poprzecznych n. błędnego szyjnego, które wchodzą do klatki piersiowej i nerus vertebralis, przecięcie gałązek nerwowych, łączących zwój szyjowy i pierwszy zwój piersiowy (gangl. cervicale et primum thoracale) z czteroma ostatniemi parami nerwów szyjowych i pierwszą parę piersiowych i gałązkę nerwową (o ile istnieje) łączącą nerw laryngeus super. z pniem nerwu błędnego. Autor sądzi, że niekiedy wystarczy operacja częściowa tj. bez przecięcia nerwu współczulnego szyjnego i gałązek n. błędnego wchodzących do klatki piersiowej. Operację powyższą uskutecznić należy po str. lewej.

Autor przytacza cały szereg chorych operowanych przez różnych chirurgów w powyższy sposób, u których powyższe postępowanie dało zupełne usunięcie napadów dusznicy lub znaczne ich osłabienie. W pojedyńczych przypadkach napady pojawiły się po pewnym czasie i zmusiły do zabiegu po stronie prawej. Dotychczas nie notowano ani jednego zejścia śmiertelnego z powodu operacji, mimo, że niektórzy chorzy wykazywali wybitne osłabienie m. sercowego. Z przebiegu pooperacyjnego podnieść należy, że zaraz po zabiegu napady jeszcze powstają, co autor odnosi do wstrząsu operacyjnego, niebawem jednak stają się słabsze i ustępują. Korzystne te wyniki w porównaniu do innych zabiegów na układzie wegetatywnym stosowanych w dusznicy odnieść należy do tego przedewszystkiem, że autor nie usuwa nerwów naczynioruchowych wieńcowych.

Z Gorecki.

Badania nad przemianą węglowodanową w przypadku cukrzycy nerkowej (Diabetes renalis). Paul Govaerds, A. Lemort i J. Van den Eeckhoudt. *Presse médicale nr. 49. 927.*

Badania te wykazują, że w cukrzycy nerkowej nerka przepuszcza cukier, jako ciało nieposiadające „progu wydzielania", przepuszcza go nawet przy znacznem obniżeniu zwierciadła cukru we krwi. Cukromocz ulega zmianom pod wpływem pożywienia. W moczu pojawia się aceton o ile

ilość węglowodanów w pożywieniu nie dochodzi do 150 gr. na dobę (obok 40 gr. białka i 90 gr. tłuszczu), przy głodzie ilość acetonu wzmaga się. Insulina nie wpływa na przepuszczalność cukru przez nerki, pituitryna nie wpływa na ilość wydzielonego cukru, adrenalina wywołuje przecukrzenie krwi. Po spożyciu 100 gr. glukozy współczynnik oddechowy tylko nieznacznie podnosi się, podczas gdy przemiana materji podnosi się tak, jak u człowieka zdrowego. Znaczne dawki insuliny nie zmieniają tego odczynu Zasób zasad krwi prawidłowy, pH krwi = 7.39. Według autorów wyniki badań nie należy tłomaczyć w ten sposób, jakoby przemiana węglo wodanowa różniła się od tej, jaką spostrzegamy u ludzi zdrowych w odpowiednich warunkach.

Choroba Ayerza'y (La cardiopathienoire). M. Nathan. *Presse médicale Nr. 4, 1927.*

Artykuł referatowy poświęcony jednostce chorobowej, opisanej w r. 1901 przez prof. *Ayerza* z Buenos Aires, a później opracowanej przez *d'Arrilaga* i *d'Escudero* (1925). Chodzi tu o schorzenie, które powstaje na tle kiłowem nabytem lub wrodzonem i charakteryzuje się w swej pełnej postaci końcowej niezwykle ciemną barwą skóry z powodu długotrwałej sinicy, zwiększeniem ilości ciałek czerwonych (polyglobulia) objawami nieżytu przewlekłego oskrzeli (a ewentualnie rozstrzeniami oskrzeli) rozedmą płuc, przerostem i rozstrzenią serca, osłabieniem mięśnia sercowego z obrzękami, co jest wreszcie przyczyną ujścia śmiertelnego.

Przebieg schorzenia ująć można we dwa okresy. Okres pierwszy (nieżytu oskrzeli) cechuje się jedynie objawami przewlekłego nieżytu oskrzeli bez zmian w sercu i w jego czynności, jedynie zapomocą prom. Rentgena można pod koniec tego okresu stwierdzić nieznaczne względnie powiększenie serca prawego. Zabarwienie skóry jeszcze prawidłowe, polyglobulji niema lub jest nieznaczna. Okres drugi (sercowy) początkowo cechuje się przerostem serca, czynność jego jest jednak wyrównana, skóra o zabarwieniu czerwonawem — wiśniowem lecz na ograniczonych miejscach, ręce, nogi, nos, uszu i wargi; objawy płucne wzmagają się, ukazują się objawy miażdżycy tętnicy płucnej; niekiedy rentgenologicznie stwierdzić można nawet tętniak tętnicy płucnej; polyglobulja sięga do 9 miljonów krwinek, rzadko spotyka się jednak krwinki jądrzaste lub ziarniste. W odróżnieniu od schorzenia *Vaqueza* śledziona nie jest powiększona. Pod koniec tego okresu zabarwienie skóry staje się coraz ciemniejsze, fioletowe, powstają też objawy niedomogi serca i lewego, obrzęki, płyny zastoinowe jam surowiczych, powiększenie wątroby i t. d. Chorzy skarżą się na duszność, senność, mdłości, bóle głowy, bóle typu angina pectoris. Wreszcie następuje śmierć z powodu serca, płuc, lub powikłań.

Obraz anatomopatologiczny przedstawia cechy rozedmy płuc, w oskrzelach nieżyt i rozstrzenie, w drobnych oskrzelikach zmiany kiłowe, podobne zmiany i w tkance płucnej, serce przerosłe z rozstrzenią, wybitne zmiany miażdżycowe tętnicy płucnej, przerost drobnych naczyń.

Z. Gorecki.

Jod w leczeniu obrzęk u śledziony. Nanta. *La presse médicale Nr. 55, 927.*

Po krótkim wstępie o stosowaniu jodu autor poleca stosowanie jodu w przypadkach obrzęku śledziony na tle zimnicy, grzybicy i kiły. W ostatnich dwu schorzeniach jod oddawna jest uważany za lek swoisty, co się tyczy zimnicy stwierdzić można korzystne działanie jodu na śledzionę powiększoną, pozostaje sprawą niewyjaśnioną i dość wątpliwą czy jod posiada właściwość niszczenia plasmodium malariae. Jod podawać można doustnie jako T-ra jodi X-L-C kropli dziennie, lub KI w roztworze (2—4 gr. dziennie). *Donand* poleca Rp. Jodi 1·0 gr. + kalii jodati 2·0 gr. + aq. dest. 10·0 gr. V kropli co dwie godziny. *Parona* poleca podskórnie 1 – 2 ccm co drugi dzień następującego roztworu: Rp Jodi 0.25 gr. + kalii jodati 2.5 gr. + glycerini puri steril. 25.0 gr. Można też stosować śródżylnie co drugi dzień 1.2 – 5.0 ccm rozpuszczonego w 5—15 ccm wody następującego roztworu: Rp. Jodi 1.0 + kalii jodati 2.0 + Aq. dest. 100.0. — Należy wystrzegać się objawów zatrucia lub nadwrażliwości na jod, nadto istnieje możliwość krwotoków przewodu pokarmowego, krwiaka podskórnego i t. d.

Z. Gorecki.

PEDJATRJA.

Ropomocz w okresie wczesnego dzieciństwa. Eugène Stransky. *Rev. franc. de Ped. T. 3. Nr. 2, 1927).*

Autor omawia sprawę ropomoczu (pyuria), jednostki chorobowej, posiadającej duże znaczenie w pedjatrji; dawniej nosiła ona miano zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych (pyelocystitis). Na zasadzie analizy piśmiennictwa odnośnego oraz spostrzeżeń własnych autor dochodzi do następujących wniosków. Ropomocz, który zazwyczaj idzie w parze z wydalaniem bakterji, posiada dwojaką patogenezę: 1. albo jest schorzeniem pierwotnem albo też występuje jako objaw wtórny przy dużym spadku wagi w zaburzeniach w odżywianiu oraz w chorobach zakaźnych. W większości przypadków spostrzegamy zmiany anatomiczne w narządach moczowych, najczęściej siedliskiem ich są nerki, gdzie występują w postaci małych ropni. Zmiany w miedniczkach oraz w pęcherzu mają charakter raczej wtórny. Zazwyczaj w moczu znajdujemy bakterje: gronkowce, paciorkowce, laseczniki okrężnicy; najprawdopodobniej odgrywają one rolę czynnika etjologicznego. Osłabienie odporności ustroju stwarza podłoże, na którem rozwija się zakażenie nerek. Do tego narządu bakterje dochodzą albo drogą krwionośną, albo drogą wstępującą (poprzez pęcherz i moczowody). Tak czy inaczej ropomocz winien być uważany nie za cierpienie miejscowe a ogólne, objawiające się bakterjemją względnie toksemją. Dlatego też jedynie zastosowanie środków, działających na cały ustrój, na jego gotowość do walki, może dać wynik leczniczy. Autor nie jest zwolennikiem metody zakwaszania i alkalizowania naprzemian moczu. Stosowanie szczepionek i bakterjofagów nie dało na jego materjale wyników zachęcających. Natomiast spostrzegał on wybitną poprawę po przetaczaniu krwi (w ilości około 200 cm). Dużą też rolę przypisuje autor odpowiedniemu odżywianiu, w pierwszym rzędzie uwzględnieniu w pożywieniu składników witaminowych.

Zmiany w oddziaływaniu skóry na tuberkulinę pod wpływem promieni pozafiołkowych. P. Woringer et Adnot. *(Revue française de Pédiatrie T. 3, Nr. 2, 1927).*

Autorowie poddali analizie wpływ promieni pozafiołkowych na własności biologiczne skóry. Badania ich w pierwszym rzędzie miały na celu stwierdzenie, jak oddziaływa skóra na tuberkulinę pod wpływem naświetlania lampą krzemową. Autorzy spodziewali się w ten sposób nawiązać nić do korzystnego działania promieni pozafiołkowych na toczącą się w ustroju sprawę gruźliczą. W tym celu po uprzedniem dwukrotnem wykonaniu odczynu Pirquet'a na skórze prawej i lewej strony brzucha, po określeniu średnicy odczynu intensywności nacieczenia, oraz wielkości grudki, zastosowano naświetlania. Jedna połowa brzucha była naświetlana, druga przykryta podczas seansu ciemnym płótnem. Już po czterech naświetlaniach odczyn ze strony naświetlanej zaczął wyraźnie słabnąć, najsłabszym stawał się po 10 codziennych naświetlaniach. Po zaprzestaniu naświetlań znów się nasilał, zaś po dwuch tygodniach powracał do normy. Ze strony nie naświetlanej odczyn nie ulegał żadnej zmianie. Osłabienie odczynu tuberkulinowego pod wpływem promieni pozafiołkowych, autorzy tłumaczą wzmożoną odpornością skóry pod wpływem bodźca świetlnego. Wypowiadają oni pogląd, że dobra odporność idzie w parze ze słabą allergią (słabym odczynem tuberkulinowym).

CHIRURGJA.

Leczenie chirurgiczne przerostowego zwężenia odźwiernika u osesków. P. Fredet. *Journ. de Chir. XXIX. Nr.4. Kwiecień 1927.*

Autor na podstawie 25 operowanych przez siebie przypadków przerostu zwieracza odźwiernika z objawami zwężenia poleca gorąco zabieg, polegający na przecięciu podłużnem, zupełnem, aż do śluzówki (nie uszkadzając tej ostatniej) zwieracza, wyczuwalnego palcami przy operacji jako guz jajowaty, długości 2—3 cm. Guz ten od strony żołądka stopniowo przechodzi w jego mięśniówkę, zaś od strony dwunastnicy kończy się ostro, blaszka otrzewnej jest na guzie nieco uniesiona, a śluzówka pomarszczona w podłużne fałdy na skutek ucisku guza wrastającego w kierunku światła odźwiernika. Koniec odśrodkowy przerosłego zwieracza tworzy czasami uwypuklenie do światła dwuna-

stnicy na podobieństwo części pochwowej macicy, dookoła niego wówczas powstaje ślepy uchyłek śluzówki dwunastnicy (analogja do sklepień pochwy), o którym należy pamiętać przy operacji, aby go nie uszkodzić przy przecinaniu zwieracza.

Technika operacji. Przygotowanie chorego polega na przemyciu żołądka i wstrzyknięciu pod skórę 10—30 cm³ roztw. fizjolog. bezpośrednio przed zabiegiem. Znieczulenie ogólne chloroformem, cięcie pionowe w nadbrzuszu na palec wprawo od linji środkowej, od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po unieruchomieniu palcem wskazującym i dużym ręki lewej guza przecina się na całej jego długości otrzewnę i powierzchowną warstwę mięśni, następnie na tępo rozsuwa się w dalszym ciągu mięśnie, dopóki nie ukaże się przeświecająca biało śluzówka odźwiernika. Cięcie należy prowadzić na przedniej powierzchni odźwiernika, na połowie odległości między górnym i dolnym brzegiem — przez okolicę najmniej ukrwioną. Zwieracz przeciąć należy *w całej jego rozciągłości — wzdłuż i wgłąb* (ca 5 mm) — od tego zależy wynik operacji; trzeba tu uważać, aby nie uszkodzić ewent. uchyłka śluzówki dwunastnicy. Po zatamowaniu krwawienia, o ile takie ma miejsce, trzewa odprowadza się do jamy brzusznej i ścianę brzucha zamyka się szwem dwu — lub trzypiętrowym.

Pierwszy pokarm chory otrzymuje w 2 godz. po operacji; w ciągu pierwszej doby ciepłota podnosi się do 40°, zresztą bez wpływu ujemnego na dalszy przebieg pooperacyjny.

Na 25 przypadków, operowanych w powyższy sposób, autor miał 2 przypadki śmierci, z nich w jednym zejście niepomyślne było spowodowane przez przypadkową chorobę zakaźną; we wszystkich pozostałych przypadkach wynik był zupełnie dobry — klinicznie i radjologicznie.

O ile w przypadkach wcześnie poddanych operacji — z zachowaną kurczliwością żołądka (wymioty częste i małemi ilościami) i stratą na wadze, nie przekraczającą 20—25% wagi przy urodzeniu — rokowanie jest zupełnie dobre, to w przypadkach z daleko posuniętem charłactwem i atonją żołądka (wymioty rzadkie i obfite) rokowanie jest zawsze wątpliwe.

M. Czyżewski.

Odmiana wycięcia macicy nadpochwowego z zupełnem usunięciem całej śluzówki szyi. M. E. Desmarest. *Journ. de Chir. XXIX. Nr. 4. Kwiecień 1927.*

Podwójna cewka moczowa, a w szczególności jej odmiana tylna E. Chauvin. *Journ. d'Urologie XXIII. Nr. 4 Kwiecień 1927.*

Przerost gruczołu krokowego z ropniem w jego łożysku. Carmelo Maltese. *Journ. d'Urologie XXIII. Nr. 4. Kwiecień 1927.*

Pneumopylografja. J. G. Gottlieb i F. Strokoff. *Journ. d'Urologie XXIII. Nr. 4. Kwiecień 1927.*

Zastosowanie wyciągu przy pomocy pętli metalowej w złamaniach ramion wstępujących żuchwy. Ch. Lenormant i M. Darcissac, *La Presse Médicale Nr. 42. 1927.*

Wiadomo powszechnie, jak trudno zwykłemi sposobami zestawić i ustalić odłamy w złamaniach żuchwy, w których linja złamania biegnie poza linję zębów, jak np. w złamaniu kątowem, zwłaszcza obustronnem.

Autorowie w 1 przypadku dwukrotnego złamania żuchwy, w którem linje złamania biegły przez okolicę prawego kąta i okolicę lewej dziury bródkowej (odłam tylny lewy był całkowicie pozbawiony zębów): zastosowali zabieg następujący. W znieczuleniu ogólnem nacięto skórę wzdłuż tylnego brzegu ramion wstępujących żuchwy, następnie przez każdy z kątów żuchwy, w odległości 3 mm od brzegu przeprowadzono pętle z drutu bronzowego, poczem rany skórne zaszyto. Następnego dnia obie pętle połączono ze sobą z tyłu na karku zapomocą opaski płóciennej, wywierając jednocześnie silne pociąganie do tyłu, co miało na celu przeciwdziałać przemieszczaniu się odłamów tylnych do przodu i w górę. Przez pierwsze 10 dni chory miał żuchwę unieruchomioną w sposób zwykły, po tym terminie mógł się poruszać dowolnie; po 30 dniach zdjęto wyciąg i usunięto pętle, zestawienie odłamów było dobre, zrost zupełny.

Ze względu na ostateczny wynik autorowie gorąco polecają ten sposób.

M. Czyżewski.

Przyczynek do sprawy objawów ogólnych w zapaleniu miedniczek nerkowych. Lévy-Solal i Misrachi. *La Presse Méd. Nr. 51, 1927.*

Wartość kliniczna cholecystografji po wprowadzeniu do pęcherza drogą krwionośną środka kontrastowego. A. Fraikin i I. M. Buvill. *La Presse Méd. Nr. 52, 1927.*

Leczenie żylaków podwiązywaniem pni żylakowych i wstrzykiwaniem środków drażniących. F. d'Allaines i H. Roseau. *La Presse Méd. Nr. 52, 1927.*

Parę uwag w sprawie znieczulenia rdzeniowego. L. Bérard. *La Presse Méd. Nr. 52, 1927.*

Autor zabiera głos w tej już wielokrotnie omawianej sprawie, spowodowany do tego przez wrogie temu sposobowi znieczulania wystąpienie innego autora w temże czasopiśmie, nawołujące do zupełnego zarzucenia znieczulenia rdzeniowego.

Wyliczywszy zalety tego sposobu, a mianowicie brak okresu ogólnego podniecenia i skurczów mięśniowych, wzmożenia ciśnienia wewnątrzbrzusznego, przekrwienia dróg oddechowych i prawie zupełny brak niebezpieczeństwa porażenia serca i naczyń— autor określa dziedzinę zastosowania znieczulenia rdzeniowego (aż do plastyki klatki piersiowej włącznie), następnie omawia przeciwskazania — stany znacznego zatrucia, rozległego zakażenia, niedomogi wątroby lub nerek, nizkie ciśnienie krwi, ostra niedokrwistość, wstrząs (shock) — wreszcie przechodzi do omówienia stosowanej przez siebie techniki.

Na kwandrans przed nakłuciem chory dostaje podskórnie 0,01 g morfiny i 0,25 g kofeiny. Nakłuwa się zwykle między 3 i 4 kręgiem lędźwiowem, w miarę potrzeby— wyżej (między 11 i 12 kręgiem piersiowym dla operacji na wątrobie, żołądku, jelicie cienkiem), cienkim trójgrańcem, w pozycji siedzącej chorego. Po wypuszczeniu 2—3 cm³ płynu mózgowordzeniowego wprowadza się 0,08—0,10 g nowokainy lub scurokainy w roztworze 0,05 g $\times$1 cm³, następnie układa się chorego z lekko uniesioną górną połową ciała. Znieczulenie występuje po 8 — 10 minutach i trwa, zależnie od osobnika i dawki, od 45 min. do 2 godzin.

W czasie ostatnich 8 lat autor wraz ze swymi współpracownikami zastosował znieczulenie rdzeniowe przeszło 3000 razy, przyczem operacji w uśpieniu ogólnem i znieczuleniu miejscowem w tym samym czasie wykonał 6400.

Stosując znieczulenie rdzeniowe, miał tylko 2 przypadki śmierci (uwięźnięta przepuklina pępkowa u osobnika nadmiernie otyłego w ciężkim stanie i zapalenie ropne kamicowe pęcherzyka żółciowego u osobn. 67-letniego); pozatem zdarzały się powikłania: zapaść sercowa, podrażnienie opon, porażenie akomodacji i niektórych mięśni gałek ocznych, wreszcie bóle głowy pooperacyjne i zaburzenia w oddawaniu moczu (przez pierwsze 24 — 48 godz.) — jednak wszystkie te dolegliwości przeważnie ustępowały bez śladu.

W związku z powyższem autor nie waha się nadal zalecać gorąco ten sposób znieczulania.

M. Czyżewski.

Układ nerwowy naczynioruchowy w świetle badań doświadczalnych. R. Leriche i R. Fontaine. *La Presse Méd. Nr. 54, 1927.*

Topografja i klinika ropni okolicy lędźwiowej pochodzenia okrężnicowego. H. Lorin i M. Laemmer. *La Presse Méd. Nr. 58. 1927.*

Ropnie te bywają umiejscowione (autorowie narazie zajmują się tylko lewostronnemi) między tylną powierzchnią okrężnicy zstępującej i przednią powierzchnią torebki włóknistej nerki lewej; przestrzeń ta (paracolon) jest wypełniona luźną tkanką łączną, zawierającą naczynia krwionośne i chłonne zstąpnicy. Ropnie te, przynajmniej we wczesnych okresach swego rozwoju, pozostawiają zawartość torebki włóknistej nerki nienaruszoną, odsuwając ją nieco do tyłu i ku wewnątrz; wtórnie jednak sprawa może przejść i na tkankę przynerkową. Zakażenie dochodzi do skutku drogą naczyń chłonnych z ogniska pierwotnego na śluzówce okrężnicy, lub przez jej przedziurawienie, przyczem zaznaczyć należy, że układy chłonne zstępnicy i nerki z jej torebkami są od siebie całkowicie niezależne.

Klinicznie ropień taki daje objawy żołądkowo-jelitowe, biegunki z domieszką śluzu, a miejscowo — w przeciwieństwie do ropni przynerkowych — szerzy się więcej do przodu, odsuwając zstępnicę do wewnątrz i ku przodowi i nieraz można go

wyczuć w postaci guza poprzez powłoki brzuszne; w okolicy lędźwiowej stwierdza się często rozlane uwypuklenie i obrzmienie skóry. Przy prześwietleniu promieniami X ropień bywa widoczny jako ciemna plama na jasnem tle zstępnicy.

Leczenie z początku polega na stosowaniu szczepionek i podawaniu środków farmakologicznych jak wogóle w nieżytach kiszek; z chwilą stwierdzenia obecności zbiorowiska ropy wskazaną jest operacja. Cięcie w okolicy lędźwiowej; nacinać należy warstwowo, kierując się stopniem nacieczenia mięśni, aby nie uszkodzić torebki włóknistej nerki; ranę po dotarciu do ropnia sączkuje się rozlegle gazą.

M. Czyżewski.

Złamanie wyrostka dziobowatego kości łokciowej. J. Colaneri i H. Robert. *Journ. de Rad. et d'Electrol. T. XI. Nr. 5. 1927.*

Autorowie odróżniają: 1) złamanie zupełne wyrostka u jego podstawy z przemieszczeniem odłama do przodu i w dół; 2) oderwanie końca wyrostka; 3) złamanie częściowe; 4) oderwanie końca z pęknięciem kości u podstawy wyrostka. Mechanizm polega na urazie pośrednim — upadek na kończynę wyprostowaną lub zgiętą maksymalnie w stawie łokciowym, lub bezpośrednim — działanie mięśni (zwykle następuje oderwanie końca wyrostka) boczne ruchy w stawie łokciowym. Pierwszy typ złamania przeważnie nie powoduje żadnych trudności rozpoznawczych, w pozostałych — właściwe rozpoznanie może być ustalone dopiero po wykonaniu zdjęcia rentgenologicznego (bocznego i skośnego). Leczenie — jak w zwichnięciach — polega na unieruchomieniu kilkudniowem i wczesnem rozpoczęciu mięsienia i ruchów w stawie łokciowym.

Dane, otrzymane przy cholecystografji, po ich sprawdzeniu na drodze operacyjnej. Gaston-Durant Macasdar. *Journ. de Rad. et d. Electrol. T. XI. Nr. 6. 1927.*

Nowy sposób stosowania Curieterapji w raku przełyku. De Nabias. *Journ. de Rad. et. d'Electrol. T. XI. Nr. 6. 1927.*

Ropnie opadowe w gruźlicy kręgów. A. Sicard. *Gaz. des Hopitaux. Nr. 39. 1927.*

Ropnie te są stałem następstwem schorzenia podstawowego i jako takie bywają napotykane we wszystkich prawie przypadkach gruźlicy kręgów, jakkolwiek zwykłemi sposobami badania klinicznego w 80% nie zostają wykryte wcale.

Patogeneza. Początek swój bierze ropień pod okostną przedniej lub tylnej ściany chorego trzonu kręgowego, stąd szerzy się dalej, ograniczany w swej wędrówce kierunkiem przebiegu powierzchni łącznotkankowych i przyczepów mięśniowych, w znacznie mniejszym stopniu — siłą ciężkości.

W gruźlicy górnych kręgów szyjowych ropnie tworzą się naogół bardzo skąpo, najczęściej jako pozagardzielowe, rzadziej wewnątrz kanału kręgowego. Przy umiejscowieniu schorzenia podstawowego w okolicy dolnych kręgów szyjowych i górnych piersiowych ropień gromadzi się w przestrzeni pozatrzewiowej szyi, w uchyłku utworzonym przez powięź głęboką szyi, z możnością szerzenia się jedynie do boku do okolicy dołu nadobojczykowego. Na przestrzeni kręgów piersiowych bywają albo ropnie przykręgosłupowe, naogół bez tendencji szerzenia się do dalszych okolic albo ropnie wewnątrz kanału kręgowego (częste tutaj — pod okostną lub między okostną i oponą twardą (epiduralis). W gruźlicy kręgów lędźwiowych ropień ma zwykle dużą tendencję do wędrowania, najczęściej wzdłuż mięśnia lędźwiowego do okolicy dołu biodrowego a stąd na przednią lub tylną powierzchnię uda ewentualnie poprzez czworobok Grynfeldta lub trójkąt Petita pod skórę grzbietu. Wreszcie w gruźlicy kości krzyżowej mamy ropień w małej miednicy poza tylną ścianą odbytnicy.

Klinika. Ropnie te powstają zwykle między VI i XII miesiącem od początku choroby, u dorosłych częściej niż u dzieci; nieraz bywają pierwszym objawem choroby, który sprowadza chorego do lekarza, i mogą maskować ropnie okołonerkowe, przywyrostkowe, zropienie gruczołu chłonnego w pachwinie, nawet przepuklinę (!). Ropnie wewnątrz kanału kręgowego (część piersiowa) dają dość ostro rozwijające się objawy ucisku rdzenia w postaci paraplegji lub objawy korzonkowe, które jednak naogół dają rokowanie niezłe, zależnie zresztą od poprawy schorzenia podstawowego. Obecność ropnia przykręgosłupowego stwierdza zwykle dopiero prześwietlanie promieniami X

Leczenie ropni opadowych polega przedewszystkiem na leczeniu schorzenia podstawowego t. j. unieruchomieniu kręgosłupa i fizjoterapji; na drugim planie należy postawić opróżnianie ropni nakłuciami, dodać tu jednak trzeba, że powstanie przetoki w tych przypadkach znacznie pogarsza rokowanie. Przy obecności ropnia wewnątrz kanału kręgowego objawami uciskowemi leczenie pozostaje te same, gdyż próby leczenia operacyjnego takich ropni naogół zawiodły.

O t. zw. „Perivisceritis adhaesiva". V. Pauchet. *Gaz. des Hopitaux Nr 48. 1927.*

Istota tego bardzo częstego schorzenia polega na obecności w jamie otrzewnowej rozległych zrostów błoniastych lub pasmowatych, nieraz jednocześnie w różnych okolicach brzucha. Zwykle bywają one umiejscowione w okolicy kątnicy, wstępnicy, zgięcia śledzionowego i wątrobowego, esicy, najwyższego odcinka jelita krętego. dwunastnicy i wreszcie sieci większej. W odróżnieniu od podobnych zrostów we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w zapaleniu pęcherzyka żółciowego i t. p. zmiany omawiane występują jako schorzenie *wrodzone, zapalne*, o etjologji niejasnej—prawdopodobnie chodzi tu o czynniki mechaniczne jak np. do pewnego stopnia fizjolog. zwalczanie tendencji opadania ciężkich trzew; na tle tych zmian wrodzonych wtórnie mogą powstawać zmiany zapalne. Zrosty te w postaci nieraz szerokich błon i mocnych bliznowatych pasm, ograniczając ruchomość poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego lub zwężając ich światło, mogą maskować lub towarzyszyć zapaleniu wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, wrzodowi żołądka, guzom nowotworowym i t. p.; i dlatego może usunięcie nawet zmienionego chorobowo wyrostka robaczkowego tak często nie przynosi żadnej poprawy w stanie chorego. Zrosty te z czasem sprawiają z kolei zaburzenia w układzie nerwowym, zwłaszcza brzusznym, i w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, co oczywiście utrudnia leczenie. Leczenie chirurgiczne polegać będzie na przecięciu zrostów (należy tu pamiętać o możliwości zakażenia otrzewnej ze starych ognisk zakaźnych) i następowej dokładnej peritonizacji; po tem, w celu niedopuszczenia do powstania nowych zrostów należy wcześnie pobudzić jelita do ruchów robaczkowych przez wstrzykiwanie hypofizyny, fibrolizyny, stosowanie gimnastyki oddechowej i brzusznej. Wreszcie zająć się należy ewentualnemi zaburzeniami nerwowemi (psychoterapja) i zaburzeniami w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem (opoterapja).

M. Czyżewski.

Chirurgja układu współczulnego. R. Leriche. *Gaz. des Hopitaux Nr. 50. 1927*

Ożywienie czynności serca przez wstrzyknięcia dosercowe. M. G. Baillat. *Gaz. de Hopitaux. Nr. 51. 1927.*

Szycie ścięgien w ranach dłoni i palców. M. Iselin i A. Teilhefer *Gaz. des Hopitaux Nr 58. 1927.*

O ile szycie ścięgien rozginaczy jest rzeczą łatwą i daje 85 — 90% wyleczenia, to zabieg ten w odniesieniu do zginaczy daje naogół wyniki niedostateczne, przynajmniej wśród europejskich chirurgów, gdyż odnośne statystyki określają częstość występowania wyniku pomyślnego jedynie na 20 — 38%.

Autorowie na podstawie własnych spostrzeżeń i prac odpowiednich z literatury europejskiej, a zwłaszcza amerykańskiej (Sterling Bunnel), dają następujące wytyczne przy szyciu ścięgien.

1. W ranach świeżych i względnie czystych — szew pierwotny, we wszystkich pozostałych — szew wtórny co najmniej w 3 miesiące od zupełnego zagojenia się rany, 2. Cięcie skóry — zawsze poprzeczne do przebiegu ścięgna, miejsce szycia ścięgna należy pokryć skórą niezmienioną (płat uszypułowany lub autoplastyka). 3. Szyć ścięgno najlepiej jest szwem „en lacet", pochewkę należy oszczędzać, ewentualnie nawet ją odtworzyć (zwłaszcza na palcach); szczególną uwagę należy zwrócić na jaknajmniejszy uraz tkanek, ścisłą aseptykę i dokładną hemostazę. Niebezpieczeństwo grozi tu nie ze strony rozejścia się szwu ścięgnowego, a ze strony zrostów okolicy szwu ze skórą i tkankami otaczającemi. 4 Od leczenia pooperacyjnego zależy w 50% pomyślny wynik ostateczny; składają się nań: szybkie uruchomienie (ruchy czynne od VI dnia) smarowanie blizny skórnej 10% jodkiem potasu od 10 – 12 dnia (blizna mięknie i staje się podatną) i wreszcie — last not least — dobra wola, rozsądek i wytrwałość chorego.

M. Czyżewski.

Rozpoznawanie i wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów rdzenia kręgowego. I. Delagènière. *Journ de Chir. Nr. 5. Maj 1927.*

Autor, uwzględniając tu nowotwory, umiejscowione tylko wewnątrz opony twardej, przypomina ich podział na *okołordzeniowe* — dobrotliwe w pełnem tego słowa znaczeniu, stanowiące liczebnie 74% wszystkich nowotworów rdzenia, i *wewnątrzrdzeniowe* — bądź rozlane glejaki złośliwe nie nadające się do zabiegu doszczętnego (co najwyżej dekompresja, opóźnienie ewen. torbieli rozmiękczynowej), bądźto guzy ograniczone, dające się wyłuszczyć, niezbyt jasne co do swej złośliwości.

Niesłychanie ważnem jest tutaj wczesne rozpoznanie i szybkie zakwalifikowanie chorego do operacji (po wyłączeniu gruźlicy kręgów). Wczesny okres choroby (trwający miesiące — lata) charakteryzuje spastyczne porażenie lub niedowład kończyn dolnych, dodatni objaw Babińskiego, zaznaczone odruchy obronne i stale występujące, nieraz gwałtowne bóle typu korzonkowego. W późniejszym okresie porażenie staje się wiotkiem, bóle nasilają się, występują zaburzenia w czynności zwieraczy, odleżyny. Duże usługi przy ustaleniu rozpoznania oddają: prześwietlanie promieniami X — przez wyłączenie schorzeń kostnych i ewentualnych przerzutów z innych narządów; nakłucie lędźwiowe — w przypadkach nowotworów rdzenia płyn mózgowordzeniowy zawiera wzmożoną ilość białka przy prawidłowej zawartości składników cytologicznych; wreszcie próba lipjodolowa — pozwala określić umiejscowienie guza, a nieraz i jego naturę (zależnie od kształtu, według jakiego lipjodol zatrzymuje się na danym poziomie), przyczem jej wykonanie jest bardzo proste i polega na nakłuciu przestrzeni podoponowej między potylicą i 1 kręgiem szyjnym lub w zwykłym miejscu dla nakłuć lędźwiowych i wpuszczeniu 1 cm^3 lipjodolu (w tym ostatnim przypadku do zdjęcia rentgen. należy chorego ułożyć pochyło, z głową opuszczoną).

Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne. Śmiertelność pooperacyjna (na 34 przypadki oprac. przez M. Robineau.) wynosi 9%, po wyłączeniu guzów wewnątrzrdzeniowych — tylko 3%. Dalsze rokowanie w nowotworach wewnątrzrdzeniowych — jest złe, gdyż zabieg ogranicza się zwykle do dekompresji; w guzach okołordzeniowych poprawę wybitną osiągnięto w 75%, powrót do zupełnego zdrowia w 63%.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Postępowanie lecznicze w przypadkach porodów przy ścieśnionej miednicy. A. Couvelaire. *Revue Médicale Française, 8 rok, N. 5, Maj 1927.*

W prowadzeniu porodów przy ścieśnionej miednicy ścierają się oddawna dwa poglądy, jeden głosi, aby uprzedzając możliwe trudności, rozwiązać rodzącą z początkiem czynności porodowej, lub nawet w końcu ciąży (zapobiegawcze wzniecenie porodu przedwczesnego) natomiast pogląd drugi zaleca pozostawienie przebiegu porodu siłom natury i wkroczenie dopiero wówczas, gdy stanie się jasnem, że poród samoistnie nie odbędzie się. Trudnością w tym drugim sposobie prowadzenia porodu jest uchwycenie momentu, w którym wkroczyć należy aby uzyskać żywe dziecko i nie zaszkodzić matce. *Couvelaire*, podobnie jak większość położników obecnie, hołduje drugiemu z wymienionych poglądów. Zaznaczyć jednak należy, że oczywiście z chwilą stwierdzenia z początkiem porodu wybitnego niestosunku porodowego pomiędzy główką i miednicą, autor przystępuje natychmiast do cięcia cesarskiego przezotrzewnowego w dolnym odcinku. Natomiast znacznie więcej wątpliwości rodzi się przy prowadzeniu porodu z nieznacznie ścieśnioną miednicą. Przypadków takich obserwowano w Klinice Baudelocque'a, w ciągu siedmiu lat (od 1-go I 1919 do 1. I. 1926 r.) — 371.

We wszystkich zdecydowano się na postępowanie wyczekujące, z jednoczesną gotowością do operacji.

Przez drogi naturalne urodziło się 315 dzieci z tego 218 samoistnie, 64 przy pomocy kleszczy założonych na główkę, znajdującą się w próżni, w jednym przypadku zakładano wysokie kleszcze — w pięciu — wykonano obrot, w trzech — wydobycie płodu w położeniu pośladkowym, — w 24 wymóżdżenie płodów obumarłych w czasie porodu.

Pelviotomia była wykonana 10 razy. W pozostałych 46 przypadkach wykonano operacje z cięciem brzusznem, a mianowicie w przypadkach czystych (26) cięcie

cesarskie (z tego w dziewięciu w dolnym odcinku macicy); w przypadkach wątpliwych 9 razy cięcie cesarskie w dolnym odcinku, 4 operacje *Portes'a*, 5 — wycięcie macicy; wreszcie w przypadkach zakażonych jeden raz wykonano cięcie cesarskie w dolnym odcinku i raz — operacje *Portesa*. Ponadto w 166 przypadkach, wobec wyraźnego niestosunku porodowego wykonano z początkiem czynności porodowej cięcie cesarskie, z tego w 17 przyp. w dolnym odcinku. Ogólna śmiertelność w omawianych powyżej 537 przypadkach wyniosła 1,8% (10 rodzących) dzieci zmarło 68, co stanowi 12,6%.

Reasumując, stanowisko autora jest następujące: 1) nie należy nigdy zapobiegawczo wzniecać poród przedwczesny, 2) w przypadkach z oczywistym niestosunkiem porodowym wykonać w początku porodu cięcie cesarskie w dolnym odcinku, 3) w przypadkach wątpliwych czekać najdalej do odpłynięcia wód płodowych; o ile wówczas główka się nie ustali należy wykonać cięcie cesarskie w dolnym odcinku, ewent. rozcięcie spojenia łonowego; 4) w przypadkach gorączkowych autor zaleca przy żywem dziecku cięcie cesarskie w dolnym odcinku z następowym drenowaniem workiem Mikulicza, albo operację *Portes'a*, albo nawet wycięcie macicy; ostateczny wybór operacji zależy od wrażenia klinicysty, w każdym poszczególnym przypadku, 5) o ile dziecko obumarło podczas porodu, autor zaleca wymóżdżenie, jak tylko ono jest możliwe, chyba, że obawa o zakażenie zmusza do operacji metodą *Portes'a* lub wycięcia macicy.

Na zakończenie przypomina autor, że nie należy spóźnić się przy wyczekującym prowadzeniu porodu, gdyż połączone to jest z niebezpieczeństwem nietylko dla płodu ale i dla matki. Wymóżdżenie spóźnione zabija pięć razy tyle matek co w czas wykonane cięcie cesarskie.

T. Zawodziński.

Uwagi w sprawie sposobu nakładania wysokich kleszczy. Brindeau Lantuéjoul. *Gynecologie et obstetrique T. XV. Nr. VI.*

Autorzy dyskutują z *M. Massini'm*, który poleca następującą technikę w głównych zarysach: ujęcie główki w wymiarze poprzecznym a przednio-tylnym miednicy, uprzednie zgięcie główki, skręcenie główki, takie, żeby wstawiła się ona w wymiar skośny wchodu miednicy. Zastrzeżenia autorów dadzą się ująć w następujący sposób: nałożenie kleszczy w sposób powyższy możliwe jest dopiero po uruchomieniu główki, jako dolnego bieguna jaja płodowego; uruchomienie to znosi adaptację główki i w ten sposób niszczy wynik dotychczasowej pracy porodowej. *M. Massini* poleca przy pociąganiu główki jednocześnie nadać jej maksymalne zgięcie (autor ten używa kleszczy *Tarnier'a*) natomiast zdaniem B. i L. tylko kleszcze *Demelin'a*, o łyżkach ściśle przylegających do główki są w stanie wykonać zgięcie tejże; kleszcze *Tarnier'a* zaś pozwalają główce ślizgać się pomiędzy łyżkami.

Przeprowadzenie główki przez wchód stale w tym samym wymiarze skośnym, wydaje się autorom błędne dlatego, że rozmaita budowa miednicy i główki wymaga raczej indywidualizowania w każdym poszczególnym przypadku, przy wyborze tego czy innego wymiaru miednicy.

Trudno więc o stałe prawidło. Wreszcie autorowie uważają za konieczne, aby w przypadkach wstawiania się jednej z kości ciemieniowych nie naprawiać tego zgięcia, lecz przeprowadzając przez wchód wyzyskać to czy inne wstawienie się główki, wynikłe z poprzedniej przebytej już pracy porodowej; można już podczas pociągania kierować w ten czy inny sposób główką ewentualnie naprawiając assynclitismus. W każdym razie autorzy przekładają kleszcze *Demelin'a* gdyż wogóle w kleszczach widzą narzędzie nie tylko do pociągania, ale przedewszystkiem do kierowania główki.

T. Zawodziński.

Zapobieganie zakażeniom połogowym za pomocą leczenia szczepionkami, surowicami i środkami chemicznemi. Wodon Jean-Louis. *La presse médicale. Nr. 48 r. 1927.*

W dość długim artykule zbiorowym autor dochodzi do następujących wniosków.

1. Problemat zapobiegania zakażeniom połogowym został w części tylko rozwiązany przez wprowadzenie aseptyki;

2. Uodpornianie zapomocą szczepionek i surowic pomimo licznych prób zawiodło;

3. Zapobieganie przez podawanie środków chemicznych znajduje się obecnie dopiero w okresie opracowania. Z tych ostatnich autor zachwala najbardziej sul-

farsenobenzol w injekcjach domięśniowych, co drugi dzień, w dawkach po 0,12; injekcji takich wykonać należy 3 do 4.

T. Zawodziński.

Niebezpieczeństwo poronienia i skrobanki w przypadkach włókniaków macicy. Leibovici. *La presse mèdicale Nr. 39 r 1927.*

Autor zwraca uwagę na niebezpieczeństwo grożące przy poronieniu w przypadkach włókniaków macicy. Poronienie bynajmniej nie rzadkie a nawet dość częste w tych przypadkach grozi po pierwsze krwawieniem, niemożliwem do opanowania, po drugie zropieniem lub martwicą uszkodzonego włókniaka. Nie należy zapominać ponadto o trudnościach technicznych, często niepokonalnych, o ile chodzi o dokładne opróżnienie całej jamy macicy, niekiedy zupełnie zdeformowanej.

Biorąc to wszystko pod uwagę i po przytoczeniu 3 przez się obserwowanych przypadków, autor poleca w cięższych przypadkach, szczególnie przy dużych włókniakach, a zwłaszcza podśluzowych, stosować całkowite wycięcie macicy per laparatomiam. O ile postanowiono wyczekiwać, należy jednak skierować chorą do zakładu, aby można było natychmiast wykonać zabieg operacyjny, w chwili gdy zajdzie potrzeba.

To samo zastrzeżenie odnosi się do przypadków, w których z powodu młodego wieku chorej i małych rozmiarów guza zdecydowano się na skrobankę.

Wskazaniami do wycięcia macicy są bądź krwotok, bądźto objawy zakażenia, przy prawdopodobnem zposoczeniu włókniaka.

T. Zawodziński.

Przyczynek do badań nad przyczynami poronienia, zależne od jaja płodowego. Rhenter J. prof. i Pigcaud H. *(Gynécologie et Obstetrique T. XV. Nr. 6).*

Autorowie zbadali 100 jaj płodowych urodzonych z całkowitemi błonami w drugim — do piątego miesiąca ciąży i stwierdzili cały szereg zmian chorobowych z których jednak tylko część uważać można za stanowiące istotną przyczynę poronienia. Do tej grupy autorowie zaliczają spostrzegane przez się zaciśnięcie pępowiny, czy to z powodu nadmiernego skrętu tejże, czy przez okrężne zaciągnięcie; do tejże grupy odnieść należy zbyt małą ilość wód płodowych i nieprawidłowe usadowienie łożyska.

Z pośród innych zmian chorobowych jaja płodowego stwierdzanych przez autorów wydzielić należy grupę zmian do pewnego stopnia przypadkowych (anencephalia, jaja przezroczyste, wylewy krwawe, w wątrobie i oponach mózgowych) zależnych być może od chorób matki (kiła?) Pozostają wreszcie zapalenia doczesnej (endometritis decidualis) i wylewy krwawe do błon płodowych: zmiany te zależą prawdopodobnie bądź od ogólnego schorzenia matki, bądź od schorzeń miejscowych, bądź wreszcie od nieprawidłowej czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ciałka żółtego.

T. Zawodziński.

Płytki krwi a rokowanie w zakażeniach połogowych. Téoumine L. *(Gynecologie et Obstetrique, T. XV, Nr. 6).*

Autor zbadał ilość płytek w 56 przypadkach zakażenia połogowego, w których jedenaście skończyło się zejściem śmiertelnem. Badanie swe autor wykonywał kilkakrotnie starając się wyrazić w wykresach kolejne zmiany w ilości płytek.

Metoda autora była następująca: po określeniu dokładnem pojemności igły (zwykle około 0,04 cm^3) wciągał do strzykawki podzielonej na setne części cm^3 krew z żyły łokciowej do podziałki 0,23 (0.23+0.04=027 cm^3 krwi) poczem wciągnął tą samą igłą 5% rozczynu cytrynianu sodu (świeżego) do podziałki 0,50 (0,50+0,04=0.54 cm^3 rozczynu). W ten sposób otrzymał mieszaninę krwi pół na pół z cytrynianem sodu. Po dokładnem zmieszaniu w strzykawce autor wylewa jej zawartość do małej probóweczki. Następnie wciąga się powyższej mieszaniny do mieszalnika do białych ciałek, do podziałki 0,2 i 5% rozczynu cytrynianu sodu do II. Po dokładnem rozmieszaniu otrzymujemy stokrotne rozcieńczenie krwi. Do drugiego takiego samego mieszalnika wciąga się powyższy rozczyn krwi 1,0 i zwykłego płynu do białych ciałek do 11, otrzymując w ten sposób 20-to krotne rozcieńczenie Wreszcie kroplę wspomnianej krwi użyć można do rozmazu barwionego. Obliczanie białych ciałek przeprowadza się z kropli uzyskanej z II mieszalnika, obliczenie zaś czerwonych ciałek i płytek z I, przyczem

te ostatnie oblicza się w całej kamerze Toma-Zeissa.

Przykład: w całej kamerze (w 16 dużych kwadratach z których każdy składa się z 25 małych) stwierdzono 412 płytek. Dzieli się przez 0,1 (wysokość kamery) i mnoży przez 100 (rozcieńczenie) co stanowi 412.000.

Zbadanie 10 zdrowych kobiet wykazało, że przeciętnie liczba płytek wynosić powinna od 300—400.000 w cm³ krwi.

W wyniku swej ciekawej pracy autor dochodzi do następujących wniosków.

1. Ilość płytek krwi podlega pewnym określonym wahaniom w przypadkach zakażenia połogowego; wahania te są prawdopodobnie odbiciem walki pomiędzy zakażeniem, a siłami obronnemi organizmu. Z tego też powodu mogą one stanowić podstawę do rokowania.

2. Wzrost ilości płytek krwi świadczy o przewadze sił obronnych organizmu; zmniejszenie wskazuje na stan odwrotny.

3. W przypadkach o zejściu pomyślnem w początku ilość płytek bywa rozmaita (od 37—604.000) natomiast pod koniec choroby zbliża się ona zawsze do ilości prawidłowej.

4 Natomiast w przypadkach zakończonych smiertelnie ilość końcowa płytek jest niska jakkolwiek ilości początkowe wahają się w szerokich granicach; nawet jednak i w większości przypadków stwierdzono mniej niż 200.000 płytek

5. Rokowanie pomyślne stawiać można dopiero wtedy, kiedy ilość płytek wzrasta i to stale, podnosząc się do lub ponad poziom prawidłowy.

7. Rokowanie niepomyślne nasuwa się przy stosunkach odwrotnych.

6. W przypadkach ciężkich niekiedy śmierć uprzedza spadek ilości płytek krwi: organizm nie ma czasu odpowiednio zareagować, ginie przedtem.

8. Badanie jednoczesne czerwonych i białych ciałek krwi nie wykazało równoległości pomiędzy wahaniami tych elementów krwi a zmianą ilości płytek.

T. Zawodziński.

Przyczynek do badań nad patogenezą pyelonephritis gravidarum. Levy—Solal, Misrachi, Solomon. *La presse medicale nr. 37 r. 1927.*

Przychylając się do zdania Pinard'a, który przypuszczał, że czynnik chorobowy usadawia się w nerce i miedniczkach nerkowych ciężarnych tylko wówczas, kiedy istniało w nich jakieś uspasabiające schorzenie, autorowie przytaczają wyniki swych badań pyelograficznych, za pomocą których starali się wykryć przyczynę zastoju moczu, jednego z usposabiających do pyelo-nephritis czynników. Zastój ten był wywołany, jak okazało się ze wspomnianych badań bądź przez rozszerzenie wrodzone miedniczek i moczowodu, bądź przez kolankowate zagięcie moczowodu, połączone w jednym przypadku z zupełnym brakiem miedniczki nerkowej. Przypomniawszy obserwowane przez się dawniej przypadki, w których zastój moczu wywołany był przez kamienie nerkowe, autorowie raz jeszcze podkreślają ważne znaczenie zastoju moczu w moczowodzie i miedniczkach, jako czynnika uspasabiającego i stanu poprzedzającego zazwyczaj pyelonephritis gravidarum.

T. Zawodziński.

W sprawie jednostronnych zapaleń trąbki. Desmarest E. Cvitanovitchu. *Gynecologie et Obstetrique T. XV. nr. 6.*

Autorowie przytaczają przypadek jednostronnego zapalenia ostrego przydatków macicy, które wystąpiło w 8 dni po poronieniu. Operacja wykonana wkrótce po przybyciu do szpitala im. Ambroise Paré potwierdziła rozpoznanie Salpingocophoritis acuta purulenta dextra; natomiast dokładne oględziny przydatków lewych wykazało stan tychże najzupełniej prawidłowy. Przejrzenie dokładne materjału wymienionego szpitala wykazało na 155 przypadków operowanych z powodu zapalenia przydatków, tylko w 7 zmiany jednostronne. Zaznaczyć należy, że z tego w 5 przypadkach zapalenie przydatków wystąpiło w związku z przebytem poronieniem. Przeglądając inne statystyki zapaleń przydatków, autorowie stwierdzili odsetek przypadków ze zmianami tylko po jednej stronie znacznie wyższy, mianowicie u *Martin'a* 68%, u *Delbet'a* 39%, u *Goth* 14.28%. Przyczyna tak znacznych różnic w odsetkach poszczególnych statystyk (u autorów 4%) leży w niezbyt dokładnem oglądaniu przydatków uznanych za zdrowe.

Poszukując wyjaśnienia, na jakiej drodze powstać może tylko jednostronne zapalenie przydatków macicy autorowie zwracają uwagę na naczynia chłonne, ja-

ko na ewentualną drogę rozprzestrzeniania się zakażenia, zwłaszcza w przypadkach poronień, gdzie na śluzówce macicy stwierdzić można zawsze większe lub mniejsze ranki (ubytki śluzówki).

W sprawie gruźliczego zapalenia przydatków autorowie stwierdzają ciekawy fakt na zasadzie obserwacji własnej i przejrzanej literatury—mianowicie jednostronność w zajęciu przydatków gruźlicą jest wyjątkiem; prawie wszystkie gruźlicze zapalenia przydatków są obustronne. Jak się zdaje ma w tem duże znaczenie metritis tuberculosa, jeszcze nie dość dokładnie zbadana.

W wyniku więc autorowie stwierdzają, że zapalenie przydatków jednostronne jest rzadkie i dotyczy prawie wyłącznie przypadków ostrych, ropnych. Zapalenia przewlekłe są z reguły obustronne.

T. Zawodziński.

Przeszczepienie śluzówki macicznej do trąbki. Hammer E. Dongen J. A. *Gynecologie et Obstetrique T. XV. Nr. 6*

Autorowie opisują przypadek sprawdzony operacyjnie, dotyczący 35 letniej kobiety, u której stwierdzono w cieśni trąbki prawej ciążę pozamaciczną, w odpowiednim zaś miejscu trąbki lewej zgrubienie oliwkowate długości 2 cm grubości około 1 cm w miejscu najgrubszem.

Badanie drobnowidowe tego zgrubienia wykazało budowę śluzówki macicy z licznemi gruczołami, rozmaitego kształtu i wielkości, wysłanemi również nie jednakowej wysokości komórkami; mięśniówka trąbki była znacznie zgrubiała, wykazując przerost wybitny. Światło trąbki w cieśni, na całej przestrzeni było wysłane wyżej opisaną śluzówką. Badanie dokładne drobnowidowe trąbki prawej wykazało oprócz jaja płodowego gruczoły śluzówki o budowie takiej samej, jak w trąbce lewej to znaczy śluzówki macicy. A zatem w przypadku autorów stwierdzono obustronnie śluzówkę macicy w trąbkach w ich cieśniach, przyczem w jednej z nich istniała jednocześnie ciąża pozamaciczna. Co do patogenezy omawianego stanu stwierdzenia śluzówki macicznej w trąbce lub w jakimkolwiek miejscu poza macicą, autorzy są skłonni oddać pierwszorzędną rolę w tej sprawie czynnikowi zapalnemu. Nie przypuszczają oni żeby zmiany omawiane, były zmianami wrodzonemi, temmniej zgadzają się oni na zdanie *Halbana*, jak również *Sampson'a*.

Na poparcie swoich przypuszczeń autorzy przytaczają obserwacje *v. Franquè Jayle i Cohn'a.*

Nie należy oczywiście odrzucać wpływu wieku chorych jak również okresu miesiączkowego.

Podnieść należy w opisie niniejszego przypadku, że w trąbce prawej obok gruczołów o typie gruczołów macicznych znajdowała się typowa śluzówka trąbki. Przemawiałoby to za pewnego rodzaju inwazją obecnej tkanki do jajowodu.

T. Zawodziński.

CHOROBY NERWOWE I UMYSŁOWE.

Guzy mózgu — a psychozy. A. Gordon. *Revue Neurologique. T. 1 Nr. 5 Maj 1927.*

Najnowsze wyniki badań anatomicznych i biologicznych rzuciły dużo światła na ciemną dotychczas sprawę patogenezy chorób psychicznych; powstał w nauce dość silny prąd mający na celu wykazywanie związku przyczynowego między pewnemi zaburzeniami psychicznemi z jednej strony, a pewnemi zjawiskami fizycznemi z drugiej z tem jednak zastrzeżeniem, że nie chodzi tu tylko o zmiany morfologiczne, ale również o t. zw. zaburzenia czynnościowe.

Praca powyższa oparta na spostrzeganiu 8 przypadków guza mózgu (torbiele, glejak, mięsak), ma na celu ustalenie pewnej zależności zaburzeń psychicznych od odpowiednich zmian anatomicznych mózgu. Objawy psychiczne u tych chorych można było sprowadzić do euforji, maniakalnych stanów, depresji, przyczem w niektórych przypadkach pierwsze występowały na zmianę z drugimi, wreszcie stanów zdziecinnienia i zaburzeń orjentacji. Objawy te do tego stopnia przypominały objawy odpowiednich psychoz klasycznych że u większości tych chorych, którzy wykazywali za życia największe zaburzenia psychiczne, główne zmiany chorobowe dotyczyły zrazów czołowych; w pozostałych przypadkach zrazy czołowe były dotknięte tylko pośrednio (ucisk). Wskazuje to na wydatne znaczenie tej okolicy mózgu dla życia psychicznego. Co do patogenezy tych zjawisk to wchodzą tu w grę: dzia-

łania toksyczne komórek nowotworowych wtórne zakażenie i stany zapalne opon i komór mózgu, zaburzenia w odżywianiu komórek nerwowych i t. p.

W ostatecznej ocenie wyników swojej pracy autor dochodzi do wniosku, że jakkolwiek nie można związać bezpośrednio pewnych zaburzeń psychicznych z odpowiedniemi zmianami w tkance mózgowej chociażby, że względu na to, że przecież nie we wszystkich przypadkach guza mózgu występują objawy psychiczne, a poza tem objawy te występują nieraz tylko przelotnie — to jednak z rozważania powyższych 8 przypadków narzuca się myśl o istnieniu pewnej równoległości tych zjawisk, będącej wyrazem jakiejś bardziej odległej zależności.

Niezwykły przypadek dyzartrji będącej prawdopodobnie następstwem encephalitis epidemica. A. Charpentier i P. Castiaux. *Barne Neurologique. 5. 1. Nr. 5. Maj 1927.*

Chory ma lat 18. Przed 4 laty miewał w dzień napady nieprzezwyciężonej śpiączki, zaś w nocy sypiał źle snem przerywanym, niespokojnym; objawy te utrzymywały się przez 3 miesiące. Po 2 latach jego otoczenie zaczęło zwracać uwagę na występowanie u chorego dziwacznych i bezwolnych ruchów ust (jakby żucie, ssanie); wreszcie od 4 miesięcy wystąpiły zaburzenia mowy typu zbliżonego do dyzartrji, powoli nasilające się, zwłaszcza w ciągu dnia i pod wieczór tak, że obecnie chory mówi prawidłowo jedynie w ciągu 10 minut bezpośrednio po obudzeniu się ze snu nocnego. Przy próbie mówienia chory wykonywuje cały szereg nieskoordynowanych ruchów warg, żuchwy i języka, pomagając sobie jakby przytem kurczowem mruganiem powiek; mowa jest nieraz prawie niezrozumiałą z przydźwiękiem nosowym. Zwraca jednak uwagę to, że jednoczesne żucie np. chleba ogromnie ułatwia choremu akt mówienia. Poza tem ustrój chorego nie wykazuje żadnych zmian chorobowych; odczyn *Bordet-Wassermanna* ujemny.

Za tłem poencefalitycznem tej sprawy przemawia tu: przebycie przed 4 laty choroby, przypominającej śpiączkę, objawy parakinetyczne ze strony narządów mowy, znaczna poprawa po śnie i po zastosowaniu skopolaminy.

Objawy tężcowe, ograniczone do kikuta poamputacyjnego; wyleczenie po zastosowaniu surowicy specyficznej. R. Monier Vinard. *Revue Neurologique. T. 1. Nr. 5. Maj 1927.*

Autor utrzymuje, że patogeneza bólów neuralgicznych i objawów kurczowych (kurcze kloniczne) w kikutach poamputacyjnych nie jest bynajmniej jednolita; obok ogólnie znanej przyczyny jaką jest podnieta, wychodząca z kikuta nerwowego, należy uwzględnić również zakażenie tężcowe, jak na to wskazuje przypadek następujący.

Chory lat 37 przed 11 laty był ranny odłamkami pocisku w dolną połowę lewej goleni, rana ropiała w ciągu 2 lat, co doprowadziło do odjęcia podudzia na granicy górnej i środkowej trzeciej części; rana pooperacyjna goiła się bardzo powoli, ostateczne zagojenie nastąpiło dopiero po 2 latach, poczem chory zaczął posługiwać się protezą. Od tego czasu zaczął odczuwać w kończynie chorej bóle neuralgiczne szerzące się od kikuta do uda, i zaczęły występować kurcze kloniczne w kończynie. Z powodu tych objawów chory poddał się sześciokrotnie reamputacji — ostatnio odjęto mu udo w górnej trzeciej części — jednak bez wyniku, bóle i kurcze kloniczne trwają nadal (nawet w nocy, budząc chorego ze snu).

Na pierwszy plan objawów klinicznych wysuwają się kurcze kloniczne kikuta względem miednicy, występujące bardzo często, serjami po 5-30 skurczów; obmacywanie kikuta wywołuje natychmiast kurcze. Po bardziej gwałtownych i dłużej trwających kurczach występują w klinice bóle neuralgiczne, szerzące się do pachwiny; ponadto w okolicy blizny chory odczuwa często mrowienie i drętwienie.

Kikut wygląda, prawidłowo, odruchy ścięgnowe kończyny dolnej prawej — wzmożone, pozatem chory żadnych zmian chorobowych nie wykazuje. Po uśpieniu chorego w celach rozpoznawczych stwierdzono, że nawet w głębokim śnie nie udaje się osiągnąć zwiotczenia mięśni kończyn dolnych, kikut pozostaje przygięty do brzucha, a kończyna dolna prawa przykurczona w ustawieniu wyprostnem; kurcze kloniczne zostały zahamowane, ale wracają wkrótce po obudzeniu się chorego. Ze względu na przewagę w obrazie klinicznym objawów ruchowych nad bó-

lowemi — pod względem nasilenia i częstości występowania — a następnie ze względu na dane osiągnięte przy uśpieniu chorego, rozpoznano tężec i przystąpiono do leczenia specyficznego, które polegało na 4-krotnem wstrzyknięciu pod skórę kończyny dolnej prawej surowicy specyficznej w ogólnej ilości 55 cm³ w przeciągu 5 dni. Bezpośrednio po tej kuracji wszelkie objawy chorobowe ustąpiły całkowicie i ostatecznie.

Jakkolwiek występująca tu postać tężca daleko odbiega od zwykłego obrazu klinicznego ze względu na długi okres wylęgania (4 lata) ograniczamy zakres występowania kurczów i wystarczalność tak małej dawki surowiczej, to jednak, zważywszy wielką ilość niewyjaśnionych jeszcze szczegółów w patologji i klinice tężca z jednej strony, a doskonały wynik leczenia specyficznego w danym przypadku — z drugiej, rozpoznanie powyższe wydaje się być więcej niż prawdopodobnem.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Ulcus phagedenicum penis.ललouste, Cahen i Vanbeckstael. *Bull de la Soc. Franc. de Dermat. et de Syphiligraph.*

Autorowie przedstawiają chorego 27-letniego z trwającemi 6 miesięcy dwoma rozległemi owrzodzeniami na prąciu, jedno w okolicy rowka żołędzi, drugie na stronie grzbietowej prącia; oba te owrzodzenia, podobne do siebie, są kształtu nieprawidłowego, o brzegach żółtych, wyniosłych i dnie dość głębokiem, pokrytem szarawą wiotką ziarniną, sączącą bardzo niewiele. Na obwodzie owrzodzenia wykazują wyraźną tendencję zabliźnienia się; napletek i moszna — w stanie obrzęku przewlekłego. W pachwinach widać 2 blizny linijne podłużne, z których każda u swego przyśrodkowego końca nosi ślad zagojonej przetoki (blizny te pochodzą z przed 2 lat). Owrzodzenia i ich otoczenie przy ucisku zupełnie niewrażliwe. W narządach wewnętrznych chorego zmian żadnych nie stwierdzono, stan ogólny dobry, bez jakichkolwiek dolegliwości. Drobnowidzowo w wydzielinie owrzodzeń stwierdzono jedynie obecność prątka Gram—dodatniego bliżej nieokreślonego.

Patogeneza i przebieg kliniczny autorowie tłumaczą sobie tutaj brakiem odczynu obronnego ze strony układu chłonnego (w danym przypadku gruczoły chłonne w pachwinach były zniszczone przez proces chorobowy przed 2 laty), stąd dużą żywotność i dobre warunki miejscowego rozwoju dla drobnoustrojów.

Ustalenie *etjologji* tego schorzenia stanowiło dla autorów dużą trudność. Przeciwko kile przemawiał charakter samego owrzodzenia, brak innych wykwitów skórno-śluzówkowych, brak obrzmienia śledziony, ujemny odczyn *Bordet-Wassermanna*. Przeciwko wrzodowi wenerycznemu — niebolesność, brak wyraźnego ropienia, miejscowego, brak rozmiękczonych gruczołów chłonnych w pachwinach, wynik ujemny badania drobnowidzowego na prątki *Ducreya*. Rozpoznanie nabłoniaka, zgorzeli prącia, gruźlicy i grzybicy również trzeba było odrzucić (badanie drobnowidzowe skrawka).

Wreszcie dopiero zaszczepienie choremu w innem miejscu wydzieliny owrzodzenia pozwoliło na ustalenie właściwego rozpoznania, gdyż po 24 godzinach powstało drobne owrzodzenie typu wrzodu wenerycznego.

Niezwykły przypadek gruźlicy jamy ustnej. Jeanselme, P. Lefèbre i Willemin. *Bull. de la Soc. Franc. de Dermatel et. de Syphiligraph Nr. 5. Maj 1927.*

Chory lat 29 zgłasza się z powodu owrzodzania na wewnętrznej powierzchni policzka lewego; początek choroby, powolny i stopniowy, datuje się z przed kilku miesięcy. Obecnie policzek lewy jest znacznie powiększony w swej objętości, skóra niezmieniona, ucisk obrzmienia nie bolesny, spoistość prawie deskowata, usta chory otwiera swobodnie, po ich otwarciu na tylnej powierzchni wargi dolnej widać niezbyt głębokie owrzodzenie 1 × 3cm², obrzegach równych, dnie szarawym z pojedyńczemi drobnemi guzkami, łatwo krwawiącemi; poza tem między skórą i miejscami owrzodziałą powierzchnią śluzówki policzka lewego wyczuwa się deskowato twardy naciek guzowaty, niebolesny. W okolicach podżuchwowych i podbródkowej wyczuwa się parę gruczołów chłonnych powiększonych, twardych, ruchomych i niebolesnych.

Stan bezgorączkowy. W płucach objawy nieżytu lewego szczytu (w plwocinie obecnie prątki Kocha). Badanie drobnowidzowe skrawka z owrzodzenia na wardze wykazało typowe utkanie ziarniny gruźliczej.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rozległość i wybitną twardość nacieku gruźliczego przy małej tendencji do rozpadu i owrzodzeń i zupełnym braku bolesności.

Słoniowatość sromu. Millian i Delarne. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphiligraph. Nr. 6. Czerwiec 1927.*

Etjologja słoniowatości sromu nie jest dotychczas ustalona, różni autorowie różnym czynnikom przypisują tutaj główną rolę. Chcąc oświetlić nieco tę sprawę i wywołać dyskusję na ten temat autorowie przedstawiają chorą ze słoniowatością prawej wargi sromnej większej (wielkość orzecha kokosowego) i okolicy odbytu; w masie obrzmiałej wargi stwierdzono obecność 2 ropni; w okolicy odbytu — owrzodzenia, przechodzące na śluzówkę odbytnicy (zwężenia nie stwierdzono). W prawej pachwinie — blizna po wyłuszczeniu przed 2 laty zropiałych gruczołów chłonnych. Posiew ropy z ropni na zwykłej pożywce dał hodowlę gronkowca, badanie drobnowidzowe ropy drobnoustrojów nie wykryło. Badanie bakterjolog.-biologiczne owrzodzeń odbytu w kierunku wrzodu wenerycznego dało wynik ujemny, badanie skrawka z wargi obrzmiałej cech ziarniny gruźliczej nie wykryło. Odczyn *Bordet Wassermanna* dodatni.

Autorowie, rozpoznając w tym przypadku kiłę jako schorzenie podstawowe, zastosowali leczenie specyficzne, nie spodziewając się po niem zbyt szybkiej poprawy.

W dyskusji *Hudelo* za najczęstsze tło słoniowatości sromu i okolicy odbytu uważa gruźlicę; według *Clément Simon'a* słoniowatość ta bywa następstwem zadziałania różnych czynników, z których jednak najczęściej występują: kiła, wrzód weneryczny i rzeżączka.

Przypadek pierwotnej gruźlicy skórnej u oseska. Millian i Delarne. *Bul l. de la Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphiligraph. Nr 6. Czerwiec 1927.*

U oseska 7-miesięcznego płci żeńskiej na skórze górnej części lewej małżowiny usznej stwierdza się obecność wykwitu wielkości mniej więcej $1 \times 1/_2$ cm, w kształcie nieco wyniosłej blaszki o granicach wyraźnych, powierzchni lekko guzkowatej, zabarwionej na kolor żółtawo - miedziany i pokrytej drobniutkiemi białemi łuseczkami; skóra w tem miejscu jest twardsza, nacieczona. Ku przodowi od małżowiny usznej wyczuwa się gruczoł chłonny wielkości orzecha laskowego, skóra nad nim zaróżowiona, a w jednem miejscu zasiniona. Gruczoły chłonne nadobojczykowe po stronie lewej — powiększone nieco. Stan ogólny dziecka zupełnie dobry. Rodzice zdrowi. Choroba trwa 5 miesięcy.

Badanie drobnowidzowe skrawka wykazało cechy hyperkeratozy i parakeratozy, poza tem rozlane nacieczenie zapalne skóry (przeważnie limfocytowe), bez żadnych cech szczególnych. Zaszczepienie zawartości zropiałego gruczołu śwince morskiej wykazało niewątpliwe zakażenie gruźlicze. Próba tuberkulinowa skórna wypadła wybitnie dodatnio.

Autorowie rozpoznają tu dość rzadką postać gruźlicy brodawkowatej skóry (tbc. verrucosa cutis), powstałej niewątpliwie wskutek zakażenia bezpośredniego (pocałunek).

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

Spodziewając się, że „Wiedza Lekarska" dotrze do wszystkich zakątków naszej Ojczyzny i znajdzie się w ręku wielu Kolegów zamieszkałych zdala od większych ośrodków, a skutkiem tego natrafiających na spore trudności w razie konieczności poinformowania się, omówienia jakiegoś niezwykłego przypadku i t. p. chcielibyśmy, aby pismo nasze stało się ogniwem łączącem szersze rzesze Kolegów i umożliwiającem Im wymianę zdań, poglądów oraz korzystanie z wzajemnego doświadczenia. W tym celu prosimy o kierowanie do naszej „Skrzynki" wszelkich zapytań dotyczących wątpliwości rozpoznawczych, metod badania i leczenia, piśmiennictwa i t. d. słowem wszelkich zagadnień z zakresu wiedzy lekarskiej. Pytania te w streszczeniu będziemy ogłaszali w dziale niniejszym i zapraszamy wszystkich Czytelników naszych do nadsyłania łaskawych odpowiedzi, które również w tym dziale będą umieszczane. Tak pytania jak i odpowiedzi prosimy pisać czytelnie i tylko po jednej stronie kartki, pozostawiając margines.

Do nadsyłania pytań uprawnieni są jedynie prenumeratorzy, odpowiedzi oczekujemy od ogółu czytelników.

Redakcja.

Redaktor odpowiedzialny *Doc. Dr. A. Wojciechowski*: Wydawca: *L. Nasierowski*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką pocztową rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785**
NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

HEMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek
Zawiera w stanie biologicznie czynnym i niezmienionym
fermenty i lipoidy krwi.

PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY
ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY



Wskazania:

NIEDOKRWISTOŚĆ
BLEDNICA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACZE



Postacie:

HÉMOPLASE GRANULÉ POSTAĆ ZIARNISTA (z CUKREM i WANILJA) O B. PRZYJEMNYM SMAKU
(SPECJALNIE DLA DZIECI)
DAWKOWANIE: OD 2-6 LAT 1-3 ŁYŻ. DZIENNIE, OD 6-12 LAT 3-4 ŁYŻ. DZIENNIE.

HEMOPLASE AMPOULES NIEZAWODNE NAWET W PRZYPADKACH NAJUPORCZYWSZYCH.
(ŚRÓDMIĘŚNIOWO)

DAWKOWANIE: DZIECIOM OD 5-8 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 2 cc. (1/5 amp.)
OD 8-13 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 5 DO 10 cc. (1/2-1/1 amp.)

Przedstawicielstwo na Polskę „Z. Nasierowski" Warszawa, ul. Piękna 62. tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY i LITERATURA NA ŻĄDANIE WPP. LEKARZY.

RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwgonokokowa wieloważna, stosowana „per os."

NAJDOGODNIEJSZA i NAJNOWSZA METODA SWOISTEGO LECZENIA **RZEŻĄCZKI** DROGĄ DOUSTNĄ.



Dawkowanie:
4 pigułki dziennie: 2 rano, 2 wieczorem na godz. przed jedz.

1 FLAKON ZAWIERA 28 PIGUŁEK KERATYNOWANYCH.

WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA (OKRESÓW PRZEWLEKŁEGO i OSTREGO), ORAZ WSZYSTKIE SCHORZENIA i POWIKŁANIA NA JEJ TLE, ZARÓWNO U **MĘŻCZYZN** JAK i U **KOBIET**.

(ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ, PĘCHERZA, JĄDER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIERDZIA) I.T.P.

RHÉANTINE LUMIÈRE DAJE ZAWSZE NIEZAWODNE WYNIKI, NIE POWODUJĄC NAJMNIEJSZEGO ODCZYNU, ANI MIEJSCOWEGO, ANI OGÓLNEGO.

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski"
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42 – Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU